

診療情報提供書

津軽保健生活協同組合 健生病院

緩和ケア担当 伊藤 真弘

年 月 日

紹介元医療機関の所在地

医療機関名

電話番号

FAX 番号

診療科

医師氏名

患者氏名	男・女	歳	明・大・昭・平・令	年	月	日生
------	-----	---	-----------	---	---	----

1. 診断

①傷病名

②病理診断

③確定診断日 年 月 日 頃

④既往歴

⑤現病歴

⑥転移 無 有:部位

⑦悪性腫瘍による合併症 (＜例＞イレウス、水腎症) 無

有 (具体的に

⑧その他の合併症

糖尿病 肝硬変 慢性肝炎 腎障害 心機能低下 慢性呼吸不全

消化管潰瘍 精神疾患 脳神経疾患 認知症 その他

* 病歴や検査データ(感染症を含む)、画像の情報提供をお願いいたします。

2. これまでの治療

①外科的治療 無

有 手術日 年 月 日
術式

②放射線治療 無

有 時期 照射部位 総線量

③化学療法・内分泌療法・免疫療法 無

有 時期
治療薬

3. 現在の病状

①癌の直接浸潤 無 有 (部位)

②転移 無 有 (部位)

③疼痛 無 有 (部位)

痛みの原因としてどのようなことをお考えでしょうか。

④疼痛以外の苦痛症状 無 有 (具体的に)

その症状に対する治療・処置等についてお考えがあればご教示下さい。

⑤精神症状 無

有 : 不眠 不安 抑うつ状態 せん妄 認知症 その他(

⑥急変の可能性 無 有 (具体的に)

⑦合併症の程度と治療について注意点がございましたらご教示ください。

⑧感染症の有無について

無 有 : HB() HCV() STS() MRSA() その他(

4. 現在の治療

①現在の処方内容(内服薬・注射薬・点滴内容等)

②装着されているチューブ類について

末梢カテーテル 目的: 栄養・水分補給 薬剤投与経路 その他(

CV カテーテル 目的: 栄養・水分補給 薬剤投与経路 その他(

使用カテーテル()

気管カニューレ 種類・サイズ()

膀胱カテーテル サイズ()

腎盂カテーテル 使用カテーテル()

PTCD 挿入日 月 日

NG チューブ 目的: 栄養・水分補給 排液・減圧

胃ろう 目的: 栄養・水分補給 排液・減圧

その他(

5. 緩和ケア病棟紹介の経緯について(複数選択可)

治癒を目的とした治療に反応しなくなったため

終末期の看取りのため

本人の希望

家族の希望

自宅から近いところでの入院希望

その他 (具体的に

6. 病名・病状の説明について

本人への説明 説明した日 年 月 日頃 説明した人(

病名のみ 転移・再発も含めて 予後も含めて

説明内容 (より具体的に記載してください)

悪性あるいは癌ではないように説明

→ 理由

→ 説明内容

家族への説明 患者との関係()

説明した日 年 月 日頃 説明した人(

本人と同内容 病名のみ 転移・再発も含めて 予後も含めて

説明内容 (より具体的に記載してください)

悪性あるいは癌ではないように説明している

→ 理由

→ 説明内容

7. 紹介時点での予後予測(複数選択可)

1年以上 6ヶ月以上 5ヶ月程度 4ヶ月程度 3ヶ月程度

2ヶ月程度 1ヶ月程度 週単位 日にち単位 不明

8. その他(上記に記載されなかった情報の提供をお願いいたします)

2017年 8月作成