

〈緩和ケア外来診療情報提供書〉

医療法人社団 メドビュー 東京ちどり病院 緩和ケア外来 御中 _____ _____		年 月 日
		紹介元医療機関(施設)名 住所 電話番号 FAX 担当科 _____ 科 医師 _____ 印
外来日	年 月 日 時 分	
連絡先(電話番号)	①ご自宅: _____ ②: _____	
氏名	殿 (歳) 男性・女性 MTSH 年 月 日生	
病名		
合併症とその治療内容		
発症～これまでの経 現在の症状・治療		
現在の処方内容		
検査、治療等今後の予定 について		

持参画像データ	CT(腹部 数枚) 預かり・返却 月 日(原本・コピー) シンチグラム(全身 枚) 預かり・返却 月 日(原本・コピー) ・生化学検査 ・腫瘍マーカー ・細胞診 ・MRSA 無・有(咽頭・喀痰・尿・便・創部) ・最終検査日 年 月 日
チューブ類・治療・処置	・ドレン挿入 :無・有 部位: ・酸素吸入 :無・有(L/M) ・気管カニューレ: Fr タイプ: ・IVH :無・有 ・ポート :無・有 ・エアマット使用:無(今後の使用予定、希望)・有 ・胃瘻 :無・有 ・胃瘻のタイプ() ・経管栄養の種類と注入量(時間):
セルフケアの状態	移動 自立 一部介助 全面介助 その他() 食事 自立 一部介助 全面介助 その他() 排泄・尿 自立 一部介助 全面介助 その他() 排泄・便 自立 一部介助 全面介助 その他() 入浴 自立 一部介助 全面介助 その他() 整容姿 自立 一部介助 全面介助 その他() 意思疎通 自立 一部介助 全面介助 その他()
精神機能・状態	記憶障害 無・有 うつ状態 無・有 怒り・攻撃的 無・有 見当識障害 無・有 不安感 無・有 せん妄 無・有
身体抑制 使用・種類	身体抑制 無・有 種類(介護着・体幹抑制・ミトン・センサー・四肢抑制)
告知等病状についての 説明内容、理解	本人 (年 月 日): 理解: 有・無 家族 (年 月 日): 理解: 有・無
緩和ケア病棟についての 説明内容及び同意の有無	本人 : 同意: 有・無 家族(続柄) : 同意: 有・無
家族構成 キーパーソン 判定結果の連絡先	
療養形態についての希望等	①外来通院 ②入院 ③在宅 ④その他