

〈緩和ケア外来診療情報提供書〉

| | |
|---|---|
| 医療法人社団 佑和会 木村病院 緩和ケア外来 御中 _____ _____ | <div style="text-align: right;">平成 年 月 日</div> 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 | 平成 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の有 無 (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: ・人工肛門 : 無・有 ・酸素吸入: 無・有 (L/M) ・投与方法 (マスク・経鼻カヌーラ) ・気管カニューレ: Fr タイプ: ・吸引: 無・有 ネブライザー: 無・有 ・IVH : 無・有 ・ポート : 無・有 タイプ: ・エアマット使用: 有・無 (今後の使用予定、希望) ・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 感情失禁 無・有 |
| 転院にあたっての説明内容 | 本人 : 家族 (続柄): |
| 告知等病状についての説明内容、理解 | 本人 (年 月 日): 家族 (年 月 日): |
| 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 |