

患者氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

緩和ケア外来にご紹介いただく先生方へのお願い

当院緩和ケア外来にご紹介の際には、以下の記載をお願いいたします。記載していただいた用紙は外来受診時に患者さんまたは家族に持参いただくか、当院までFAXの送信をお願いいたします。

なお、診療情報提供書に記載いただいている場合は、不要です。

お忙しいところ申し訳ありませんが、スムーズな外来運営のため、よろしくお願いいたします。

1. 緩和ケアを紹介される理由はなんですか？（チェックをお願いします。）

- ☐ 悪性腫瘍に対する治療の効果が期待できなくなったため
- ☐ 本人が希望するため
- ☐ 症状コントロールのため
- ☐ 終末期の看取りのため
- ☐ 家族が希望するため
- ☐ そのほか（ _____ ）

次ページあり

2. 病気の進行についてお知らせください（予後についてはチェックをお願いします）

病名

ステージ

轉移の有無

転移の場所

予後 ☐1 か月以内 ☐2～3 か月 ☐半年以内 ☐1 年以内 ☐1 年以上

3. 患者さん（または家族）は当院について以下の事実を知らされていますか？（該当していればチェックをお願いします）

☐ 悪性腫瘍の終末期患者さんに対応する病棟であること

☐ 悪性腫瘍の治療はせずに症状の緩和を中心としたケアを行う病棟であること

4. DNARについて（該当箇所にチェックをお願いします）

☐ 本人の同意あり ☐ 家人の同意あり ☐ 本人・家人の同意あり

5. 病気について本人への説明と受け止め方（予後も含め）についてお知らせください

()

6. 病気について家族への説明と受け止め方（予後も含め）についてお知らせください

（ ）