医療法人ときわ会　ときわ会病院

緩和ケア担当 馬場祥子

蝦名正子

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　　大・昭・平・令　　　　年　　　　月　　　　日生

１．診断

①傷病名

②発症　　・時期　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日頃

・発症状況（＜例＞検診で発見、○○症状出現など）

③病理診断　　無　　有　（診断名

病理診断確定日：　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日頃

④既往歴

⑤現病歴　（簡単な抗がん治療の経過を含めてお願いします。別紙でもかまいません）

貴科初診日：　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日

２．現在の病状

①癌の状況（浸潤や転移などについて）

②その他の合併症（＜例＞イレウス、水腎症）

＊検査データ（感染症を含む）や画像の情報提供をお願いいたします。

③現在の症状

・疼痛　無　　有　（部位

・疼痛以外の苦痛症状　　無　　有（具体的に

・精神症状

無

有 ： 不眠　不安　抑うつ　せん妄　認知症　その他（

④急変の可能性 　無　　有　（具体的に

⑤感染症の有無について

無

有:　HBV（　　）　HCV（　　）　梅毒（STS(　　)　TPHA（　　））　MRSA（　　）

その他（

３．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

CV（カテーテル・ポート（留置部位：　　　　　　））　　NGチューブ　　膀胱カテーテル

その他（

４．緩和ケア病棟紹介の経緯について（複数選択可）

終末期の看取りのため 自宅から近いところでの入院希望

本人の希望 家族の希望

その他　（

５．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　　\*説明した医師 (　　　　　　 　　)

病名のみ　　転移・再発など含めて　　悪性ではないように説明した

説明内容　（具体的に記載してください）

家族への説明　　患者との関係（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

\*説明した日　　　　　年　　　　月　　　　　日頃　　\*説明した医師 (　　　　　 　　　)

本人と同内容　病名のみ　　転移・再発など含めて　悪性ではないように説明した

説明内容　（具体的に記載してください）

６．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

７．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）

令和 6年 10月　改訂