**緩和ケア外来　情報提供書（医療機関記入用）**

【患者氏名】　　　　　　　　　　　　　　　　【性別】男・女

【年齢】　　　　歳　【生年月日】T・S・H　　年　　月　　日

【貴院ID】　　　　　【本人の連絡先】

【本人以外の連絡先】お名前　　　　　　　　　　続柄

＊診療情報提供書に記載済みの場合は□にチェックしてください

* 1．診断名　　　　　　　　　　　　　　診断月日　　　年　　　月
* 2．転移部位　　□脳　□肺　□肝　□骨　□リンパ節　□その他（　　　）
* 3．現在のPS（ECOG:0〜4）
* 4．認知障害・せん妄の有無　　　有　・　無
* 5．予後見通し（患者・家族に説明された内容）約　　　　　　週・月・年
* 6．本人への説明　告知　　有・無　　　　予後説明　　有・無
* 7．介護申請の有無　　　　有・無

　　　有の方　要支援2　要支援1　要介護1　要介護2　要介護3　要介護4　要介護5

* 8　現在の治療内容について簡単に記載ください

　ご協力ありがとうございました。診療情報提供書とともに事前に

医療連携室までFAXをしてください。

連絡先　　　　　　　　　　　　　　　（部署　　　　　　　　　）

医療機関名　　　　　　　　　　　記載医師名

記載日　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名古屋掖済会病院　医療連携室