受診予定日　 　/

**緩和ケア病棟入棟面談　患者情報（医療機関記入用）**

【患者氏名】　　　　　　　　　　　　　様　　 【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

　　　　　　　 連絡先　　 　　(　　　　)

　＊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　　　　　　　　　　　 　　　診断年月　 　　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. その他

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（052-652-4774）をお願いいたします。

医療機関名　　　　　　　　　　　　 　　担当者名

連　絡　先　　　　　　　　　　　　　　（部署　　　　　　　　　　　　　　　　）

記　載　日　　　　年　　 　月　 　　日

名古屋掖済会病院　医療連携室