

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