

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。

※ 積極的治療、代替治療中の患者様はご予約いただけませんのでご注意ください。

医療機関名 \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_ (部署 \_\_\_\_\_)

記載日 \_\_\_\_\_ 年 月 日