

患者氏名: _____

1. 依頼目的

- 入院予約 外来通院での症状コントロール その他 (_____)

2. 患者に緩和ケア外来への紹介について説明していますか。

- はい いいえ

3. 当院の緩和ケアを紹介された理由は何ですか。(複数回答可)

- がんに対する治療の効果が期待できなくなった 副作用のため治療継続が出来ない
- 本人の希望 家族の希望 症状コントロール
- 終末期の看取り その他(_____)

4. 現在の病状について

- 1) がんの直接侵潤 無 有(部位: _____)
- 2) がん性胸・腹膜炎 無 有(部位: _____)
- 3) 転移 無 有(部位: _____)
- 4) 全身状態 PS (_____) 具体的に(_____)
- 5) 疼痛 無 有(部位: _____)
- 6) その他の身体症状 無 有(_____)
- 7) 精神症状 不眠 不安 うつ状態 つじつまの合わない言動 認知症 その他(_____)
- 8) 問題行動 幻視・幻聴 (妄想 昼夜逆転 大言・奇声) 暴言 暴行 介護・看護への抵抗 徘徊 輸液ライン・カテーテルの抜去 その他(_____)
- 9) センサーマット等の使用 無 有

5. 病識と予後、今後の治療について

1) 患者にどのように説明していますか

病名: _____

病状: _____

今後の治療: _____

予後: _____

2) 家族にどのように説明していますか

病名: _____

病状: _____

今後の治療: _____

予後: _____

3) 患者の臨床的な予後はどのくらいとお考えですか。

- 日単位 週単位 1~3カ月 3~6カ月 6~12ヶ月 1年以上

記入日 _____ 医師名 _____

ご記入ありがとうございました。

診療情報提供書に添えて主な検査データ、画像フィルムをお貸し頂きますようにお願いします。