診療情報提供書（緩和ケア内科 面談申込書）

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

紹介先医療機関

　 独立行政法人　国立病院機構

南九州病院

TEL　　0995-62-2121　　FAX　0995-63-1807

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　紹介元医療機関名

|  |  |
| --- | --- |
|  　 |  |
| 科名： |  | 医師名： |  |
| TEL： |  | FAX: |  |

**１. 患者基本情報**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | [ ] 男[ ] 女 | 生年月日 |  | 　　歳 |
| 住所 |  |
| 職業職歴 |  |

**２. 紹介目的**

|  |
| --- |
| [ ] 近日中の入院／転院　　　　　　　　[ ] バックアップベッドの確保　　　　　　　[ ] その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　）※当院緩和ケア内科では再診／follow up外来は行っておりませんのであしからずご了承ください。 |
| 現在の状態 | [ ] 入院中　　　[ ] 自宅療養中　　　[ ] 施設入所中　　　[ ] その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**3. 診療情報**

|  |
| --- |
| （１）診療名・病歴 |
| 主疾患 |  | 発症日 |  | 頃　／[ ] 不明 |
| 診断日 |  |
| TNM分類： | Stage: |
| 治療歴 | 手術 | 実施日：　 |
| 手術内容／所見：　 |
| 放射線治療 | 実施日：　 | 照射部位： |
| その他 | 治療概要：　 |
| 転移／直接浸潤 | 脳転移 | [ ] なし　　　　[ ] あり（症状：　 | ）　[ ] 不明／未検 |
| 骨転移 | [ ] なし　　　　[ ] あり（部位：　 | ）　[ ] 不明／未検 |
| その他 | 転移／直接浸潤 | ：　 |
| 合併症／既往 | 糖尿病 | [ ] なし　　　　[ ] あり　　　（インスリン使用：　　　[ ] なし　　　　[ ] あり　　　） |
| 合併症 | [ ] なし　　　　[ ] あり　　　（疾患名：　　 | ） |
| その他 |  |

|  |
| --- |
| （２）現在の症状・状態 |
| 疼痛 | [ ] なし　　　　[ ] あり　　（部位： | ：　麻薬使用：　[ ] なし　　[ ] あり　） |
| 呼吸困難 | [ ] なし　　　　[ ] あり　　（酸素吸入：　　 | L/min　　 | [ ] 経鼻カニュラ　　　[ ] マスク　　　） |
| 消化器症状 | [ ] なし　　　　[ ] 悪心・嘔吐　　　　[ ] 食欲不振　　　　　　[ ] 下痢　　　　　　[ ] 便秘　　 |
| [ ] その他（　 | ） |
| 浮腫など | [ ] なし　　　　[ ] 浮腫　　（部位： | ） | [ ] 胸水　　　[ ] 腹水 |
| その他身体症状 |  |
| ADL | [ ] 自立・歩行可能　　　　[ ] 車椅子　　　　[ ] ベッド上　　　　[ ] ねたきり　　 |
| 精神症状 | [ ] なし　　　　[ ] 不安　　　[ ] 抑うつ　　　　[ ] 不眠　　　[ ] せん妄　　[ ] その他（　 | ） |
| 認知機能障害 | [ ] なし　　　　[ ] あり　　（ | ） |

**４. 予後・意思決定について**

|  |  |
| --- | --- |
| 予後予測 | [ ] 1ヵ月以内(週単位)　　　　[ ] 1-3ヵ月程度　　　　　[ ] 3-6ヵ月　　　　　[ ] 6ヵ月以上　　 |
| DNAR承諾 | [ ] なし　　　[ ] あり　（[ ] 本人　　[ ] 家族（ | ） | [ ] その他（ | ）） |

**5. キーパーソン**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ] 配偶者　　　[ ] 子供（　 | ）　[ ] その他（　 | ） |

**6. 病歴概要**（必要に応じてお書きください。）

|  |
| --- |
|  |

**7. 投薬内容**（別紙orおくすり手帳でも可。）

|  |
| --- |
|  |