紹介元医師が記載する 緩和ケアセンター面談依頼書

紹介目的（複数選択可）

☐ 本人が希望するため　☐ 家族が希望するため

☐ 治療の効果が期待できなくなったため　☐ 症状コントロールのため

☐ 終末期の療養・看取りのため　☐ その他（　　）

患者 ID		診療科		担当医	
患者氏名			生年月日・年齢		
住所			本人連絡先		
キーパーソン			家族連絡先		
既往歴					
◆診断とこれまでの治療内容					
診断（原発巣）					
転移・再発	☐ なし　☐ 脳　☐ 肺　☐ 肝　☐ 胸膜　☐ 腹膜　☐ 骨（　　） ☐ リンパ節（　　）☐ その他（　　）				
併在病態	☐ なし　☐ 胸水 ☐ 腹水　☐ 腸通過障害　☐ 嚥下困難 ☐ その他（　　）				
治療内容	☐ 手術　☐ 放射線　☐ 抗がん剤　☐ ホルモン　☐ 免疫 ☐ その他（　　）				
現在の症状	☐ 疼痛　☐ 悪心・嘔吐　☐ 便秘　☐ 呼吸困難　☐ 胸水貯留　☐ 腹水貯留 ☐ イレウス　☐ せん妄　☐ 抑うつ　☐ 浮腫　☐ その他（　　）				
治療備考 （病期・治療経過、使用薬剤など）					

◆告知について		**◆臨床的な予後予測について**	
本人	☐ 今後の見通し、予後も含めて告知 ☐ 積極的治療の中止 ☐ 病名のみ告知 ☐ 未告知（理由：　　）	☐ 2ヶ月以内 （ ☐ 1ヶ月以内　☐ 1ー2ヶ月 ） ☐ 2ヶ月以上 （ ☐ 2ー6ヶ月　☐ 6ヶ月以上 ） ☐ 不明	
家族	☐ 今後の見通し、予後も含めて告知 ☐ 積極的治療の中止 ☐ 病名のみ告知 ☐ 未告知（理由：　　）	◆DNAR の説明と同意	☐ あり　☐なし
		◆本人の状態	PS：☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4
備考			

中津市立中津市民病院　緩和ケアセンター