

大阪暁明館病院 緩和ケア科 情報提供シート

ご紹介に必要な情報(下記を参考にご用意ください)

- がん病名(重複がんの場合すべて)各々の経過要約、確定診断、病理所見、検査結果(採血、CT、MR)
- 重篤な合併症(心疾患、呼吸器疾患、脳神経疾患、精神疾患、BPSDなど)
- 手術(年月日、術式【死亡診断書に記載するので必須】、特記すべき術中所見、手術内容など)
- 放射線療法(照射年月日、部位、照射線量(計★Gy/★Fr))
- 化学療法(年月日、レジメン、コース数、評価判定)
- DNAR(了承の日、説明内容)
- 病状説明(年月日、内容の概略、予後告知の有無)
- 社会的背景(家族構成/Key parson 介護力の有無)

* 末期心不全も緩和ケア病棟に入棟考慮できます

保険情報		紹介元医療機関情報	
保険種別		所在地	
記号・番号		名称	
保険者番号		電話・FAX	
公費負担者番号		医師名	
公費負担受給者番号		担当者名	

患者様情報					
患者様氏名	フリガナ	性別	生年月日	明・大	年 月 日 (歳)
		男・女		昭・平	
住所	〒				
自宅電話		携帯電話			
キーパーソン氏名	フリガナ	続柄	連絡先	(自宅)	
				(携帯)	

病名(既往歴)	患者様病状			心疾患の有無				
	大阪暁明館病院記入欄			有 無				
PS	0	1	2	3	4	0	2.5	4.0
経口摂取	全量・半量・1/3・0			水分摂取可能・水分摂取不可		0	1.0	2.5
呼吸困難	なし・安静時・労作時			0	3.5			
せん妄	なし・あり(時間帯 発症時期)			0	4.0			
浮腫	なし・あり(部位)			0	1.0			
緩和外来受診者	本人・家族(続柄)・その他()							
DNAR確認	確認済・相談中		体重	kg		cm		

上記ご記入いただけましたら、大阪暁明館病院 医療連携課へ診療情報提供書や検査結果等(入院中の場合、看護サマリーもお願い致します。)と共にFAXよろしくお願い申し上げます。

FAX:06-6466-0382