緩和ケア病棟入棟申し込み情報提供書（院外）

	氏名	生年月日	年齢	性別	血液型
患者基本情報	様	M T S H ・　・	歳	男・女	O・A B・AB Rh（　）

医療機関名	電話番号	主治医名		依頼日	月　日

臨床診断名			
初発日時		初発症状	
主訴	□痛み　□せん妄　□呼吸困難感　□食欲不振　□嚥下困難　□全身倦怠感　□浮腫 □口渇　□発熱　□腹部膨満感　その他（　）		
既往歴		感染症	HBsAg(　) HCV(　) RPR(　) TPHA(　) MRSA(　)
推定予後	□半年未満（□月単位　□週単位　□日単位）　□半年以上		
本人への説明	病名：　□未説明　□説明済み 再発転移：□未説明　□説明済み 予後：　□未説明　□説明済み	詳細	
家族への説明	病名：　□未説明　□説明済み 再発転移：□未説明　□説明済み 予後：　□未説明　□説明済み	詳細	

現在のＰＳ	□グレード0　□グレード1　□グレード2　□グレード3　□グレード4
意識レベル	□Ⅰ-1　□Ⅰ-2　□Ⅰ-3　□Ⅱ-10　□Ⅱ-20　□Ⅱ-30 □Ⅲ-100　□Ⅲ-200　□Ⅲ-300
食事	□経口摂取（□要介助　□介助なし）　□絶食中 □胃瘻　□腸瘻 その他（　）
排泄	□自力可　□フォーレ挿入中　□ポータブルトイレ　□人工肛門 その他（　）
精神状態	□安定　□見当識障害　□せん妄 その他（　）
意志決定能力	□あり　□なし　□判定不能
在宅診療の可能性	□あり　□なし
カテーテル類	□CV留置　□中心静脈　□末梢ライン　その他（　）
認知症	□なし　□あり（症状：　）

紹介状に記入していただいている項目は空欄のままでかまいません

みやざ県南中核病院　緩和ケア内科