

緩和ケア事前情報確認依頼書

患者氏名： _____ (_____ 歳)

 入院中 (退院予定 _____ 頃) 外来通院中 (自宅、 施設)

1. 依頼目的

 入院希望 外来通院での症状コントロール (貴院と併診)

2. 緩和ケアを紹介した経緯について (複数回答可)

 治療の効果が期待できなくなったため 終末期の看取りのため
 症状コントロールのため
 その他 (_____)

3. 現時点での症状について、どこまで説明や告知をしたか

1) 患者さん本人に対して

時期： _____ 年 _____ 月頃 (化学療法中、 後、 放射線治療中、 後、 手術後)
 癌であることを告知していない 病名のみ (癌であることのみ)
 転移再発部位や広がりを含めて 余命を含めて

2) 家族に対して

時期： _____ 年 _____ 月頃 (化学療法中、 後、 放射線治療中、 後、 手術後)
 癌であることを告知していない 病名のみ (癌であることのみ)
 転移再発部位や広がりを含めて 余命を含めて被告知者 配偶者、 子供、 兄弟、 両親、
 その他 (_____)

4. 患者さんの臨床的な予後はどれくらいあると考えられるか (複数回答可)

告知時期： _____ 年 _____ 月頃

予測される生命予後： _____

被告知者 患者、 配偶者、 子供、 兄弟、 両親、
 その他 (_____)

5. 緩和ケア評価外来日の受診予定者について

 患者、
 家族 (氏名： _____ 続柄： _____、氏名： _____ 続柄： _____)

(氏名： _____ 続柄： _____、氏名： _____ 続柄： _____)

病院名： _____ 記載医： _____ 所属： _____

※代筆の場合も医師の氏名を記載いただきますようお願いいたします