

緩和ケア病棟面談 情報共有シート

※の項目は紹介状に記載ある場合は記載不要

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦			
氏名			<input type="checkbox"/> 男性	※ 生年月日	年 月 日 (歳)			
			<input type="checkbox"/> 女性					
			<input type="checkbox"/> その他					
※ 患者住所 連絡先	〒	住所						
	電話番号	(自宅)	(携帯)					
代理意思 決定者	氏名		続柄					
	申し込時の状態で選択してください。代理意思決定者となりえる血縁者が不在の場合は下記を記入してください。							
	意思決定： <input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 代理意思決定・決定支援者・後見人あり()							
	亡くなられた際の身元引受について ()							
主病名				診断日				
入院希望時期	<input type="checkbox"/> 入院継続のまま転院 <input type="checkbox"/> 在宅で過ごし入院は東大阪病院へ <input type="checkbox"/> その他()							
推定予後	<input type="checkbox"/> 1カ月以内 <input type="checkbox"/> 1~3カ月以内 <input type="checkbox"/> 不明・その他()							
精神状態	精神疾患 (有 ・ 無) せん妄 (有 ・ 無) 状態:							
*下記の確認事項は、本人の理解能力が良好の場合には全項目で了解・同意が必要です。								
説明と同意	<ul style="list-style-type: none"> ・ DNARIについての了解の有無。(人工呼吸器(NPPV含む)、胸骨圧迫、昇圧剤の使用は何れも行わない) ・ 主病名、転移等の推定予後、今後はがん薬物療法は行わない方針であることの説明と同意。 ・ 緩和ケア病棟への紹介であることの説明と同意。 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> キーパーソン							
確認記載欄・備考	* 特別な処置、高額な内服薬・薬剤を使用していますか? <input type="checkbox"/> ある(内容の記入をお願いします) <input type="checkbox"/> なし * 居宅介護支援制度のご利用先、状況など。 その他特記事項							
送信者	医療機関名							
	記入者							
	TEL / FAX	(TEL)			(FAX)			

※紹介状、入院中であれば看護サマリーを別途添付してください。

※診断日が分かる情報があれば添付してください。

FAX:06-6932-0086

ご不明点があれば当院地域医療連携室までご連絡ください。 TEL:06-6932-0369