

緩和ケア外来 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	※ 生年月日	西暦	
氏名				<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		年	月 日 (歳)
※ 患者住所 連絡先	〒	住所					
	電話番号	(自宅)	(携帯)				
主病名					診断日		
告知の有無	◎患者様に告知を行っている <input type="checkbox"/> 告知 済 <input type="checkbox"/> 告知 未						
治療について	◎がん治療の継続について <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療中断 <input type="checkbox"/> 治療終了						
処方について	◎現在医療用麻薬を使用している <input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない						
◆こちらのスペースは自由記載欄です。 (診察時の留意点や依頼事項などございましたらご記入ください)							
* 診療情報提供書の内容を確認後、緩和ケア外来予約受付表をFAXさせていただきます。 お返事までに1週間ほどお時間を頂きます。 急がれる患者様のご相談は直接ご連絡にてご相談お願いします。							
送信先	医療機関名						
	記入者						
	TEL / FAX	(TEL)			(FAX)		

※紹介状(診療情報提供書)・検査データ・処方内容を別途添付してください。

※初めての診察時には、出来るかぎりご家族さまのお付き添いをお願いいたします。

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 ・ FAX:06-6932-0086

【 東大阪病院記載欄 】