

緩和ケア診療情報提供書

紹介元医療機関名：.....

住所：.....

TEL：.....

FAX：.....

診療科..... 医師名.....

患者様氏名..... 様（男・女） 生年月日..... 年 月 日（..... 歳）

以下の質問事項の該当する□にチェックと必要事項を、可能な範囲でご記入をお願いいたします。

1 患者は緩和ケア病棟への紹介をご存知ですか。

はい

いいえ

2 緩和ケア病棟をご紹介される経緯について

患者本人の希望

家族の希望

治癒を目的とした治療に反応しなくなったため

苦痛のコントロール

終末期の看取りのため

レスパイト

その他（具体的に）.....

3 DNAR の同意

あり（誰に：.....）

なし

※ DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) … いかなる治療にも反応しない不治の進行性病変で、死が目前に迫っている患者が心停止に陥った時心肺蘇生を行わないこと

4 病状説明について

(1) 患者へ（いつ頃：.....） どのように：

.....

.....

(2) 家族へ（いつ頃：.....） どのように：

.....

.....

.....

(4) 現在の処方について

.....
.....
.....
.....
.....
.....

(5) 合併症の程度と治療について特に注意を要する点がありましたらご教示ください。

.....
.....

*お忙しい中、ご協力ありがとうございました。検査データ・画像等がございましたら、お貸し頂ければ幸甚に存じます。

とちぎメディカルセンターとちのき