

メリィホスピタル 緩和ケア病棟紹介シート

※緩和ケア病棟へ紹介いただく際には必ず本紙をご記入ください。
メリィホスピタル患者紹介シートと合わせての情報提供をお願いいたします。

フリガナ

患者名

生年月日 T・S・H 年 月 日 (オ)

【症例】

主病名							
癌の場合	遠隔転移	<input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有		
	治療内容 (複数可)	<input type="checkbox"/> 術後1ヶ月以内	<input type="checkbox"/> 化学療法中	<input type="checkbox"/> 放射線治療中			
		<input type="checkbox"/> 緩和ケアのみ	<input type="checkbox"/> 無治療				
		<input type="checkbox"/> その他 ()					
症状 (複数可)		<input type="checkbox"/> 疼痛	<input type="checkbox"/> 呼吸困難	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐			
		<input type="checkbox"/> 腹満感					
		<input type="checkbox"/> その他 ()					
主な薬剤							
血液データ		採血日	年 月 日				
		Alb	BUN	Cre			

【説明の有無】

	本人		家族	
病名について	<input type="checkbox"/> 説明済	<input type="checkbox"/> 説明未	<input type="checkbox"/> 説明済	<input type="checkbox"/> 説明未
病状について	<input type="checkbox"/> 説明済	<input type="checkbox"/> 説明未	<input type="checkbox"/> 説明済	<input type="checkbox"/> 説明未
予後について	<input type="checkbox"/> 説明済	<input type="checkbox"/> 説明未	<input type="checkbox"/> 説明済	<input type="checkbox"/> 説明未

【予後について】

予測される予後	<input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 月単位 ⇒ <input type="checkbox"/> 1~2ヶ月 <input type="checkbox"/> 3~6ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 年単位
---------	--

【緩和ケア外来受診について】

受診可否	<input type="checkbox"/> 受診可能 <input type="checkbox"/> 受診困難 <input type="checkbox"/> 要相談
受診時来院予定者	<input type="checkbox"/> 家族のみ ⇒ 続柄 : <input type="checkbox"/> 家族・本人