

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	※ 生年月日	☐ 大正	☐ 昭和	☐ 平成	☐ 西暦
氏名				☐ 男性		年	月	日	(歳)
				☐ 女性					
				☐ 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			
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。(申し込時の状態で選択してください。)									
意思決定 : ☐ 本人のみ ☐ 代理意思決定・決定支援者・後見人(関係:)									
亡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	☐ 在宅で過ごし入院は東大阪病院へ ☐ なるべく早く入院希望								
推定予後	☐ 1カ月以内 ☐ 1～3カ月以内 ☐ 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	・ 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。 ☐ ご本人 ☐ 代理意思決定者								
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？ ☐ ある(内容の記入をお願いします) ☐ 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。

※面談調整は代理意思決定者と当院で直接調整致します。
決定後、貴院に面談日をお知らせします。
面談日の調整を貴院でして頂ける場合は、備考欄へ
記載下さい。

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