

診療情報提供書(貴院書式)に加え、下記へご記載ください。

ふりがな		年齢	性別	生年月日
患者氏名		歳		M T S H 年 月 日
がん病名		発症; 年 月頃 初診病期; T N M Stage 組織;		
病歴	転移・浸潤部位; 診療情報提供書の通り→□			
合併症・既往症	診療情報提供書の通り→□			
現在の 状態	苦痛症状	□疼痛 □呼吸困難 □倦怠感 □食欲低下 □嘔気嘔吐 □腹部膨満 □発熱 □不眠 □不安 □抑うつ □せん妄 その他( )		
	全身状態	Performance Status 追加情報; □1 □2 □3 □4		
	予想予後	□週単位 □1カ月前後 □2～3カ月 □6カ月以上 □1年以上 □その他;		
患者・ 家族へ の説明 内容	今後の がん治療	説明を受けた方:( ) □治療は困難 □がんの進行を抑える目的で治療を継続 □積極的がん治療は終了or行わず、緩和ケアのみ行う その他( )		
	病状と予後	説明を受けた方:( ) 年 月 日		
がん 治療歴 (*)	手術	□なし □あり 年 月 日 術式;		
	化学療法	□なし □あり □術前 ( ) □術後補助 ( ) □進行・再発期→ 直近の治療 年 月 レジメン(or薬剤)名 [ ] 次治療		
	放射線 (緩和照射含む)	□なし □あり 部位・照射量		
感染症	□なし □あり HBsAg・HCVAb・梅毒・MRSA(部位 )・その他( )			
医療処置	胃瘻・腎瘻・ストーマ(便・尿)・気管切開・CVカテーテル・CVポート 胸腔ドレーン・胃管・イレウス管・PTCD・その他( ) 疼痛管理持続注; 静注・皮下注・その他( )			
キーパーソン	(患者と □同居 □別世帯)			
在宅療養の可能性	□あり □導入中(□訪問医 □訪問看護 □その他( ) □困難(理由; )			
介護保険申請	□あり(要支援・要介護 ) □申請中 □未			
問題点、懸念事項	家族の問題など			

(\*)欄は情報診療提供書に記載する場合は省略可、照射歴はレポートでも結構です。

大変申し訳ありませんが、下記につきご理解とご了承をお願いします。

入院するまでの期間における外来診療、急変増悪時の緊急対応(訪問診療へ移行した場合を含む)は  
貴院様でお願い申し上げます。後日の転院は迅速に対応いたします。

□同意します □同意しません

医師ご署名 科 先生