

記入年月日 年 月 日
担当者名

尼崎医療生協病院 地域連携相談センター
TEL:06-6436-1899 FAX:06-6436-1874

★申込書をご記入いただき、以下の4つの情報と共にFAXにてお送りください。

1.診療情報提供書 2.処方内容 3.採血結果(Alb値含めて) 4.画像所見

★当院予約後に来院いただく際には画像のCD-Rが必要となりますので、ご準備の程お願い申し上げます

緩和ケア科 申込書

患者名		性別	生年月日	年 月 日 (歳)
現在	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者あり)			
原疾患				
診断日 または発症日	<input type="checkbox"/> 診断日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 発症日 (年 月 日)			
現在の症状	<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 眠気 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> がん性疼痛(部位:) <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:) <input type="checkbox"/> その他()			
Performance Status	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			
外科治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手術年月日 年 月 日 術式()			
栄養	<input type="checkbox"/> 末梢輸液 <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> CVカテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻胃管) <input type="checkbox"/> 経口摂取 (内容や摂取量)			
臨床的 予後予測	<input type="checkbox"/> 急変の可能性あり <input type="checkbox"/> 日単位 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 1ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 3ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 3~6ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上 <input type="checkbox"/> その他 ()			
今後の療養に ついての 希望	<input type="checkbox"/> 在宅での看取り <input type="checkbox"/> 可能な限り在宅で過ごしたい <input type="checkbox"/> 入院希望 <input type="checkbox"/> その他 ()			
介護保険情報 その他	<input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 申請未 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 在宅医() 訪問看護ステーション()			

ご記入ありがとうございました