記入年月日 医療機関名 担当者名

年 月 日

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	□入院中 □自宅 (□独居 □同居者あり) キーパーソン ()
原疾患	
診断日 または発症日	□診断日(年 月 日)□発症日(年 月 日)
現在の症状	□倦怠感 □食欲不振 □嘔気・嘔吐 □便秘 □下痢 □呼吸困難 □咳嗽
	□胸水 □腹水 □浮腫 □意識障害 □眠気 □不眠 □せん妄 □抑うつ
	□がん性疼痛(部位:) □縟瘡(部位:)
	口その他()
Performance Status	□0 □1 □2 □3 □4
外科治療	□無
	口有 手術年月日 年 月 日 術式()
栄養	□末梢輸液 □TPN
	ロCVポート ロCVカテーテル
	□経管栄養 (□胃ろう □腸ろう □経鼻胃管)
	□経口摂取(内容や摂取量)
臨床的 予後予測	□日単位 □週単位 □1ヶ月程度 □3ヶ月程度 □3~6ヶ月程度
	口6ヶ月以上 口その他 ()
今後の療養に ついての 希望	□可能な限り在宅で過ごしたい □必要時入院希望 □現在入院中で転院希望
	口その他(
介護保険情報その他	□新規申請中 □区分変更中 □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(