

緩和ケア病棟入棟用診療情報提供書

				記載日	年	月	日
施設名		診療科		主治医のお名前			
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明治 昭和 大正 平成	年	月	日 (歳)
主病名	転移 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> その他 ()						
<p><u>現病歴、既往歴、検査結果、投薬状況など</u></p> <p><u>貴院所定の書式など添付をお願い致します</u></p>							
<p>1. 緩和ケア病棟に関し、以下について患者さん・ご家族にご了承頂くようお願い申し上げます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケア病棟ではがんに対する積極的な治療は行う事ができないこと <input type="checkbox"/> 説明済み ・緩和ケア病棟では心肺蘇生は行わないこと <input type="checkbox"/> 説明済み ・緩和ケア病棟では輸血・透析は行わないこと <input type="checkbox"/> 説明済み ・病状が落ち着いている場合は退院もしくは転院していただくことがあること <input type="checkbox"/> 説明済み <p>2. 患者さん、ご家族への説明したことについてお教え下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病名 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ・予後（今後、体調がどのように変化するか） <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ・余命（残された時間） <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <p>3. その他、特記すべき事がございましたら、ご記入ください。</p> <p style="text-align: center;">ご不明な点がございましたら、お手数ですが下記までご連絡下さい 松戸市立福祉医療センター東松戸病院 保健福祉医療室 電話：047-391-5500</p>							