

静岡県立静岡がんセンター緩和ケア病棟入院面談用情報提供書

記載日 西暦 年 月 日 病院名：

緩和医療科 ●●医師 御待史

住所

電話番号

診療科

医師名

印

患者名	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	西暦	年	月	日
住所				
電話番号				

<p>確認事項 以下の事項について理解している事をご確認願います。</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> 病名・現在の病状について理解している。 <input type="checkbox"/>患者 <input type="checkbox"/>キーパーソン <input checked="" type="checkbox"/> 緩和ケア病棟への入棟について希望している。 <input type="checkbox"/>患者 <input type="checkbox"/>キーパーソン <input checked="" type="checkbox"/> 抗がん治療の終了について、医師から説明を受け理解している。 <input type="checkbox"/>患者 <input type="checkbox"/>キーパーソン </p>					
病名【転移の有無 場所を含む】					
診断日【発症日】	西暦	年	月	日	
治療歴 【現病歴・手術歴・ 手術日も含む】	手術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(術式	西暦	年 月 日)
がん以外の合併 症と治療内容					
現在の投薬内容 【鎮痛薬も含む】					
主訴 【お困りの症状】					
PS	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	予測される予 後(紹介時点)	<input type="checkbox"/> 1か月未満 <input type="checkbox"/> 4~6か月	<input type="checkbox"/> 1~3か月 <input type="checkbox"/> 6か月以上	<input type="checkbox"/> 不明
意思決定能力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり(理由)				
本人への説明	がん告知 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(時期 内容) 予測される予後について <input type="checkbox"/> 伝えていない <input type="checkbox"/> 伝えた：説明日 西暦 年 月 日 (内容)				
家族への説明	説明対象者() がん告知 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(時期 内容) 予測される予後について <input type="checkbox"/> 伝えていない <input type="checkbox"/> 伝えた：説明日 西暦 年 月 日 (内容)				
緩和ケア病棟を 希望された理由					
当日来院予定者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (関係) ※本人未来院の場合 受診への同意書の記載 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可				

※直近の採血結果、画像データも必ず一緒にご準備ください