

## 院外用 緩和ケア病棟入院依頼書

### 【患者様情報】

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	

### 【紹介元医療機関情報】

医療機関名	
記入者	
部署名	
連絡先	TEL

※1～9項目全て空欄のないようにご記入をお願いいたします  
病名が未告知の場合は緩和ケア対象外となります

- 紹介目的  
症状コントロール      レスパイト  
看取り                      在宅緩和ケアのバックアップ体制の調整
- 現在、患者が一番困っているつらさ  
疼痛   倦怠感   呼吸困難   食思不振   嘔気・嘔吐   便秘   不眠   眠気  
不安   抑うつ   夜間せん妄   その他 ( )
- 現在の状況  
入院中 【 入院継続   退院予定日： 月 日 ( 自宅   その他： ) 】【  
外来通院中 ( 在宅医療機関名： )
- 病名告知 ※本人への告知は必須となります  
本人 告知内容： ( )  
家族 告知内容： ( )
- 推定予後  
( 単位： 年 / 月 / 週 / 日 / )       不明
- 今後予測される身体状況の変化や治療方針、目標などの説明  
本人 ( 済 ・ 未 ) 説明内容： ( )  
家族 ( 済 ・ 未 ) 説明内容： ( )
- 急変時の対応について  
本人へDNR確認 ( 済 ・ 未 ) 確認内容： ( )  
家族へDNR確認 ( 済 ・ 未 ) 確認内容： ( )
- 精神疾患等について  
無  
現在 治療中 ( 病名： )  
寛解 ( 病名： )  
その他 ( )
- 患者ご本人様・ご家族が緩和ケアに希望されていること

2013年 9月 緩和ケア委員会  
2014年10月 緩和ケア病棟 改訂  
2016年 5月 地域医療連絡室 改訂  
2016年11月 緩和ケア病棟 改訂  
2023年 7月 緩和ケア病棟・地域医療連絡室 改訂