

緩和ケア科診療申込書

医師用

ID:							
申込日	西暦	年	月	日	病院名		
					診療科		
患者氏名					担当医		
					歳	性別	男 ・ 女
生年月日	M T S H	年	月	日			
病名							
主訴							
※以下、診療情報提供書に記載ある場合、または該当ない項目は省略可です。							
病状の説明内容	患者様						
	ご家族	説明を受けた方の氏名： _____					
緩和ケア科 受診についての 説明内容	患者様						
	ご家族	説明を受けた方の氏名： _____					
予後についての情報 (担当医の予測も含めて)							
患者様・ご家族の状況 <small>例) 介護者が認知症 家族の不安が強い な</small>							
患者様・ご家族が 緩和ケア科に期待すること							
治癒を目的とした治療		あり			なし		
集学的治療	手術						
	化学療法						
	放射線治療	部位					Gy
部位						Gy	
補完代替療法	丸山ワクチン	免疫療法	その他 ()				
介護保険申請		した	申請中	していない			
在宅療養の可能性		あり	なし	不明			