高砂市民病院

緩和ケア内科用患者情報提供書

記入年月日　　令和　　年　　月　　日

所在地

名　称

医師名

ＴＥＬ

ＦＡＸ

この用紙は緩和ケア内科外来受診を希望される患者さまの患者情報を記入していただく用紙です。
患者情報の提供には必ずしもこの用紙をご使用いただく必要はありませんが、同等の内容をご記入いただいた診療情報提供書を緩和ケア内科外来受診時にご用意くださいますようお願いいたします。

フリガナ		男・女	生年月日	年　月　日生
氏　名				

① 病歴について

病　名		発病時期	
転移部位		組織型	
合併症			

・これまでの治療及び推定余命について

外科手術	手　術　日	年　月　日	術　式	
化学療法	最終治療日	年　月　日		
放射線療法	最終治療日	年　月　日	部　位	
輸　血	内　容		頻　度	
その他の治療	内　容		治療時期	
推定余命	□ 1か月以内　□ 1～3か月　□ 3～6か月　□ 6か月以上			

② 患者さま・キーパーソン（ご家族などで病状や診療方針を最も理解されている方）の病状理解について

患者本人	□ 理解していない（もしくは理解しているか不明） □ 余命以外の病状と病名を理解している □ 余命を含めて理解している			
キーパーソン	氏　名		ご関係	
	□ 理解していない（もしくは理解しているか不明） □ 余命以外の病状と病名を理解している □ 余命を含めて理解している			

③ 最終面談について

受けられた方	□ 患者本人　□ ご家族（　　）□ その他（　　）
内　容	