

緩和ケア病棟初診面談用 事前確認票

※診療情報提供書・血液検査データ・画像撮影レポートも併せて送付してください。

患者氏名：_____ 年齢：_____ 才 _____ 記載日：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 医療機関名：_____ 記載医師名：_____ 診療科：_____
 疾患名：_____ 診断日：_____ 年 _____ 月 _____ 日 見込まれる予後：_____

※以下、該当する項目の口にチェック☑をしてください。

① 当院緩和ケア病棟へ紹介された理由について

☐ 本人希望 ☐ 家族希望 ☐ 症状緩和 ☐ 看取り ☐ 在宅療養困難 ☐ その他()

② 緩和ケア病棟(がんの治療はせず、苦痛緩和を目的とした病棟)の理解について

患者：☐ 理解している ☐ 理解していない ☐ その他()

家族：☐ 理解している ☐ 理解していない ☐ その他()

③ 患者への告知について

病名：☐ 告知している ☐ 告知していない(理由：)

予後：☐ 告知している ☐ 告知していない(理由：)

④ 家族への告知について(告知した方と患者との続柄：)

病名：☐ 告知している ☐ 告知していない(理由：)

予後：☐ 告知している ☐ 告知していない(理由：)

⑤ 患者・家族の病状理解について

患者：☐ 良好、☐ 不良、☐ 部分的に理解(具体的に：)

家族：☐ 良好、☐ 不良、☐ 部分的に理解(具体的に：)

⑥ 現在の患者の状態について

・意識障害 ☐ 無 ☐ 有(☐ 昏眠 ☐ 傾眠 ☐ 混濁 ☐ その他)

・精神症状 ☐ 不眠 ☐ 不安 ☐ 抑うつ状態 ☐ せん妄 ☐ 認知症

(☐ 見当識 ☐ 大声 ☐ 独語 ☐ 不穏 ☐ 暴力行為 ☐ 徘徊 ☐ その他)

・Performance Status ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

⑦ 今後の病状説明等で中心になられる方 氏名：_____ 本人との関係：_____

⑧ 特記すべき患者背景(家族、社会環境、信仰など)がありましたら、ご記載ください

東京慈恵会医科大学西部医療センター

緩和ケア病棟

ご担当の先生方へ

東京慈恵会医科大学西部医療センター 緩和ケア病棟への診療情報提供について

この度は、患者さんをご紹介くださり、ありがとうございます。当院緩和ケア病棟では、患者さん・ご家族に緩和ケア病棟初診面談を受診していただいております。初診面談は完全予約制となっております。ご紹介いただくにあたり、以下の内容をご確認ください。

□がんと診断され、患者さんもしくはご家族へ告知をしていること。

□抗がん剤治療・心肺蘇生は行わないことを患者さん・ご家族に説明し納得いただいていること。

□痛みなどの苦痛症状を和らげる医療が中心となることを患者さん・ご家族が理解していること。

□症状が安定し予後が2か月以上と予想される場合は、退院調整を行うことを理解していること。

【緩和ケア病棟入院までの流れ】

- 1) 医療連携室あて(TEL: 03-3430-3600)に「緩和ケア病棟初診面談受診希望」とご連絡いただき、下記書類をFAX(03-3430-3611)してください。緩和ケア病棟初診面談の予約日時をご連絡いたします。

- ① 診療情報提供書(貴院書式) ※治療歴概略・既往歴・使用中の処方/点滴内容を記載ください
- ② 緩和ケア病棟初診面談用 事前確認票(当院書式、医療機関用)
- ③ 診察・検査予約申込書(当院書式、医療機関用)

- 2) 患者さんまたはご家族が、緩和ケア病棟初診面談を受診するように案内してください。

外来受診時は、下記の持ち物が必要となりますので、ご用意いただき、患者さん・ご家族へお渡しください。

- ① 診療情報提供書(貴院書式)
- ② 検査データ(血液検査、感染症等)
- ③ 画像データ(CD-ROM)
- ④ 緩和ケア病棟初診面談用 事前確認票(当院書式、医療機関用)
- ⑤ 緩和ケア病棟初診面談用 問診票(当院書式、患者さん・ご家族用)
- ⑥ 患者さんの健康保険証

※患者さんが受診する場合は保険診療になります。できる限り、ご家族と一緒に受診していただけるようご案内をお願い致します。

※ご家族のみの受診の場合は、家族面談料(5,500円 税込み)をいただきます。

- 3) 原則受診当日に多職種で判定会議を行い入院の可否をご連絡いたします。

- 4) ベッドの調整が整い次第、医療機関へ入院日のご連絡をいたします。

東京慈恵会医科大学西部医療センター
緩和ケア病棟