

ご記載日 年 月 日

紹介元担当者(医師以外)

氏名	様	☐ 男 ☐ 女	生年月日 年 月 日(歳)
主病名		転移	☐ あり(部位:) ☐ 別紙参照 ☐ 転移なし
悪性腫瘍 以外の 合併症			

ご紹介目的	☐ 転院(現在入院中) ☐ 入院希望(往診管理中) ☐ 入院希望(外来通院中) ☐ 外来通院 ☐ その他ご相談 ☒ 訪問診療のご依頼 → 在宅室に直接ご依頼下さい		
現在の 生活場所	☐ 入院中() ☐ 自宅 ☐ 施設()		
ご家族	同居:		キーパーソン:
介護保険	認定済() 未申請 申請中 区分変更中		担当ケアマネジャー()

全体	パフォーマンス ステータス: ____ 食事(自立 介助) 排泄:トイレ歩行 可(介助:要 否) 不可		
身体症状	※ 現在ある症状に○、難渋している症状は◎で囲んで下さい 疼痛(部位:) 呼吸困難 咳・痰 悪心・嘔吐 腹満感 食欲不振 発熱 倦怠感 筋力低下 便秘 尿閉 失禁 浮腫(部位:) その他()		
精神症状	不安 抑うつ 眠気 不眠 せん妄 その他()		認知症(周辺症状)
がん治療	※ 過去に行ったがん治療に○、現在実施中は◎、今後の予定には△をつけてください。 ※ 詳細については診療情報提供書にご記載をお願いします。 なし 手術() 放射線療法 化学/免疫/内分泌療法 その他()		
処置 医療機器	※ あてはまるものを○で囲んで下さい 吸引(1日 回) 酸素(経鼻/マスク、流量) 尿道カテーテル IVH/CVポート 経管栄養(経鼻、胃瘻、腸瘻) 腎瘻 気管切開 人工肛門 褥瘡()		
予後予測	☐ 6ヶ月以上 ☐ 3~6ヶ月 ☐ 1~2ヶ月 ☐ 数週 ☐ 日単位 ☐ 急変の可能性がある(具体的に:) ☐ 想定困難		

病状の説明	※ 患者様に説明したもの全てに☑してください。 説明を行った時期()頃 ☐ 病名 ☐ 転移・再発 ☐ 予後(具体的には) ☐ 急変の可能性 ☐ 説明したが理解されていない ☐ 説明していない(その理由) 具体的な説明内容〔 〕		
	※ ご家族に説明したもの全てに☑してください。 説明を行ったご家族(お名前/続柄) 説明を行った時期()頃 ☐ 病名 ☐ 転移・再発 ☐ 予後(具体的には) ☐ 急変の可能性 ☐ 説明していない(その理由) 具体的な説明内容〔 〕		
	DNAR ☐ あり(日付/誰に) ☒ なし → 再検討をお願いします		

本書のほか、診療情報提供書と画像情報および血液検査データ・手術記事・病理結果等を添えて下さい。
ご協力ありがとうございました。

ADL	移動 食事 排泄	☐ ベッド上 ☐ 車いす ☐ 歩行器 ☐ 杖 ☐ 独歩 ☐ 経管栄養() ☐ 高カロリー ☐ 経口摂取(☐ 介助 ☐ 自立) ☐ オムツ ☐ トイレ ☐ バルーンカテ ☐ 人工肛門 ☐ トイレ介助 ☐ 自立	☐
会話	話の理解 意思表示 難聴	☐ 良好 ☐ 概ね良好 ☐ 簡単な内容 ☐ 困難() ☐ 良好 ☐ 概ね良好 ☐ 簡単な内容 ☐ 困難() ☐ 無 ☐ 有(☐ 右 ☐ 左 補聴器 ☐ 無 ☐ 有)()	☐
その他	痰吸引 ☐ 無 ☐ 有(頻度) 胃管 ☐ 無 ☐ 注入用 ☐ 減圧用 胃瘻 ☐ 無 ☐ 注入用 ☐ 減圧用 腎瘻 ☐ 無 ☐ 右 ☐ 左 PTCD/PTGBD ☐ 無 ☐ 有 CV ☐ 無 ☐ ポート ☐ カテーテル (挿入部:) 感染症 ☐ 無 ☐ MRSA ☐ HBV ☐ HCV ☐ その他()	酸素 ☐ 無 ☐ 有(L) ポンプ ☐ 無 ☐ 有(種類:) エアマット ☐ 無 ☐ 有(種類:) センサーマット ☐ 無 ☐ 有 褥瘡 ☐ 無 ☐ 有(部位:)	☐