

基本情報確認書

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:) ☐ なし ☐ 別紙参照
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		
	☐ 在宅診療のご依頼 → 在宅室に直接ご依頼ください ☎ 022-361-7065		
現在の生活場所	☐ 入院中 (施設名:) ☐ 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	担当の ケアマネジャー	

全体	パフォーマンス ステータス()		
	☐ 食事 (内容:) ☐ 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◎をつけてください ☐ 疼痛 (部位:) ☐ 呼吸困難 ☐ 咳・たん ☐ 発熱 ☐ 悪心・嘔吐 ☐ 満腹感 ☐ 食欲不振 ☐ 倦怠感 ☐ 筋力低下 ☐ 便秘 ☐ 尿閉 ☐ 失禁 ☐ 浮腫 (部位:)		
精神症状	☐ 不安 ☐ 抑うつ ☐ 眠気 ☐ 不眠 ☐ せん妄 ()	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 () ☐ 放射線治療 ☐ 化学/免疫/内分泌療法 ☐ その他 ()		
処置医療機器	※ あてはまるものをチェックしてください ☐ 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 ☐ 気管切開 ☐ 人工肛門 ☐ 経管栄養 (☐ 経鼻 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻) ☐ 腎瘻 ☐ 褥瘡 ()		
予後予測	☐ 6か月以上 ☐ 3～6か月 ☐ 1～2か月 ☐ 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	※ 患者さまに説明したもの全てにチェックしてください。 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 (理由 _____) 具体的な説明内容 _____		
	※ ご家族に説明したもの全てにチェックしてください。 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 (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ください。
ご協力ありがとうございました。