みどりの杜病院用**診療情報提供書**

|  |
| --- |
| （ふりがな）  患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　様　　　生年月日　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　歳）  患者住所：  電話番号：  現在の状況：　入院中 （入院日　　　　　　　　　　　）　 外来通院中　 訪問診療中 |
| 【病名】 |
| 【紹介目的】 |
| 【既往歴】 |
| 【現在までの経過】（原発・転移巣等情報、合併症、および治療歴（手術・化学・放射線療法等）も含めてお願いします） |
| 【現在の症状】（患者さんの自覚症状（苦痛）、ADL、および摂食状況などについてご教授ください） |
| 【処方・点滴内容】（重要あるいは転院後も継続が必要とお考えのものがありましたらご教授ください） |
| 【先生が予測される生命予後はどのくらいですか？】　（複数選択可）  ６か月以上　　　３か月以上　　　２か月程度　　　１か月程度  ２週間程度　　　１週間程度　　　１週間以内  急変あり　　（出血　　呼吸苦　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 【主治医の先生に、本人・家族へ確認していただきたい内容】  『同意(確認)できた＝〇、不明確＝△、同意(確認)できなかった＝×』の三段階で回答願います。  いろいろの事情があって説明が出来なかった項目は、無記載でも結構です。  ※記載方法は、各項目番号の左の(　)をクリックして現れる〇、△、×を選択して下さい。  みどりの杜病院では、  (　) １．癌それ自体の治療（抗がん治療）は行わない。  (　) ２．症状緩和（疼痛、呼吸困難などへの対応）目的で、必要時には『麻薬』を使用する。  (　) ３．患者さんの苦痛が増す様な延命治療はしない。（例：大量腹水存在下での輸液）  (　) ４．心肺蘇生（人工呼吸や心臓マッサージ）はしない。  (　) ５．以上のことを基本として治療やケアを行う “みどりの杜病院“ への入院を、  患者様御本人が希望している。 |
| ※全体を通じて、患者さんのケアおよび患者さんやご家族とのコミュニケーションを円滑に  はかる上での問題点やアドバイス等がありましたら、ご教授下さい |

※当院での通院や入院によるケアを開始する前に、追加検査や外科的処置等をお願いすることや、

合併症をはじめとした病状の詳細について改めてお尋ねすることもあります。

その際にはお手数をお掛けしますが、ご協力・ご配慮の程、よろしくお願い申し上げます。

記入年月日：

医療機関名：

診療科名：

医師氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

公立八女総合病院企業団　みどりの杜病院