

緩和ケア科紹介時の連携シート（院外の主治医の先生への依頼）

初診時に患者さん・ご家族との相談が円滑に進むよう、以下の記載をお願い致します。

【患者氏名】（ ） 【記入者のお名前】 診療科 _____ 医師 _____

I. 緩和ケア科を紹介される目的は何ですか。（複数回答可）

- 1) 目的: 症状コントロール 在宅困難 看取り その他 ()
- 2) 時期: 今すぐの入院の必要性あるいは希望がある 将来に備えての登録希望 その他 ()

II. 診療情報

- 1) 診断名 (_____)
- 2) 発症時期 不詳 (_____ 年 _____ 月頃)
- 3) 外科的治療 なし あり(手術年月日 _____ 術式 _____)
- 4) 予測される予後 3ヵ月以上 1~3ヶ月程度 1ヵ月程度 週単位 日単位
予後決定因子 原発巣 肺転移 腹部転移 脳脊髄転移 その他 ()

III. 緩和ケアに関する認識と DNAR オーダーについてお知らせください。

- 1) 緩和ケアでは、治癒を目的とした治療を行わず、症状の緩和を中心とした対応を行うことについて
患者 知っている 知らない その他 ()
家族 知っている 知らない その他 ()
- 2) DNAR オーダーについての確認
患者 了解している していない
家族 了解している していない

IV. 患者・家族への説明 ※該当する□にチェックを、() へ記載をお願いします。

- 1) 患者に説明を行った時期 (_____ 年 _____ 月頃)
- ・病名 説明した (_____) していない
 - ・病状 (転移・再発も含めて) 説明した していない
 - ・予後や病状進行について
 説明した (具体的には: _____)
 していない (説明していない理由: _____)
- 2) 家族に説明を行った時期 (_____ 年 _____ 月頃)
- ・誰に (_____)
 キーパーソン (続柄: _____) その他 (_____)
 - ・病名 説明した (_____) していない
 - ・病状 (転移・再発も含めて) 説明した していない
 - ・予後や病状進行について
 説明した (具体的には: _____)
 していない (説明していない理由: _____)

3) 患者・家族への病状説明の受け止め・理解度はいかがでしたか。

患者 良好 不良 不明

家族 良好 不良 不明

ご協力ありがとうございました。

市立大津市民病院 地域医療連携室

TEL : 077-526-8192 (直通)

FAX : 077-522-0192 (直通)

※ご予約時に本シートを FAX くださいますようお願い申し上げます。