

## 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】 科

1. 緩和ケア科を紹介される目的は何ですか。（複数回答可）

- 症状マネージメント 精神的ケア 本人の希望 家族の希望 家族ケア  
終末期の看取りのため 治癒を目的とする治療ができなくなったため

2. 予測される予後 3ヵ月以上 2ヵ月程度 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（ ）

3. 緩和ケアに関する認識と DNAR オーダーについてお知らせ下さい。

（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

4. 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（ 年 月頃）

- ・病名 説明した（ ） していない  
・病状 （転移・再発も含めて）の説明をした 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  
・急変の可能性 説明した していない  
・説明していない理由は（ ）

(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) の説明をした  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

・急変の可能性 説明した していない

・説明していない理由は ( )

(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

ご協力有難うございました。

市立大津市民病院 地域医療連携室

TEL : 077-526-8192

FAX : 077-522-0192

※ご予約時に FAX にてご返信くださいます様お願い申し上げます。