

緩和ケア外来へのご紹介時にお伺いしたい事項  
(診療情報提供書に同封していただくと助かります)

医療機関名： \_\_\_\_\_ 先生

患者名： \_\_\_\_\_ 現在の療養場所 \_\_\_\_\_

病歴および現在の処.内容は、診療情報提供書へのご記.を従来通りお願い申し上げます。

：へのチェックは、必要に応じて複数記入していただくと幸いです。

1. 症状と処方

- |                                 |                                  |                                 |                                    |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ：痛み    | <input type="checkbox"/> ：便秘     | <input type="checkbox"/> ：呼吸困難  | <input type="checkbox"/> ：認知症      |
| <input type="checkbox"/> ：嘔気・嘔吐 | <input type="checkbox"/> ：下痢     | <input type="checkbox"/> ：咳嗽・喀痰 | <input type="checkbox"/> ：眠気       |
| <input type="checkbox"/> ：腹満    | <input type="checkbox"/> ：経口摂取困難 | <input type="checkbox"/> ：倦怠感   | <input type="checkbox"/> ：不眠       |
| <input type="checkbox"/> ：食欲不振  | <input type="checkbox"/> ：内服困難   | <input type="checkbox"/> ：浮腫    | <input type="checkbox"/> ：せん妄      |
| <input type="checkbox"/> ：消炎鎮痛剤 | <input type="checkbox"/> ：ステロイド  | <input type="checkbox"/> ：利尿薬   | <input type="checkbox"/> ：輸血       |
| <input type="checkbox"/> ：オピオイド | <input type="checkbox"/> ：胃薬     | <input type="checkbox"/> ：眠剤    | <input type="checkbox"/> ：TPN・経管栄養 |
| <input type="checkbox"/> ：補助薬   | <input type="checkbox"/> ：制吐薬    | <input type="checkbox"/> ：抗不安薬  | <input type="checkbox"/> ：抗腫瘍剤     |
|                                 | <input type="checkbox"/> ：緩下剤    | <input type="checkbox"/> ：抗うつ薬  | <input type="checkbox"/> ：持続皮下注    |
|                                 | <input type="checkbox"/> ：整腸剤    | <input type="checkbox"/> ：抗精神病薬 |                                    |

2. これからの治療方針(抗がん剤治療・放射線治療を含む)

3. 予測される生命予後

- |                                |                               |                               |                                 |                                  |
|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ：半年以上 | <input type="checkbox"/> ：5ヶ月 | <input type="checkbox"/> ：4ヶ月 | <input type="checkbox"/> ：3ヶ月   | <input type="checkbox"/> ：2ヶ月    |
| <input type="checkbox"/> ：1ヶ月  | <input type="checkbox"/> ：2週間 | <input type="checkbox"/> ：1週間 | <input type="checkbox"/> ：急変可能性 | <input type="checkbox"/> ：その他( ) |

4. 病状説明

家族へ(キーパーソンの氏名、 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_)

- |                                          |                                             |
|------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ：癌であることを告知していない | <input type="checkbox"/> ：化学療法・放射線治療の断念     |
| <input type="checkbox"/> ：癌であることのみ       | <input type="checkbox"/> ：予測される生命予後         |
| <input type="checkbox"/> ：転移・再発部位や広がり    | <input type="checkbox"/> ：看取りの時期に蘇生術の適応がない事 |

本人へ

- |                                          |                                             |
|------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ：癌であることを告知していない | <input type="checkbox"/> ：化学療法・放射線治療の断念     |
| <input type="checkbox"/> ：癌であることのみ       | <input type="checkbox"/> ：予測される生命予後         |
| <input type="checkbox"/> ：転移・再発部位や広がり    | <input type="checkbox"/> ：看取りの時期に蘇生術の適応がない事 |

ご協力ありがとうございました

熊本地域医療センター 麻酔科  
緩和ケア担当 安部英治