

当院 処理	PCU面談 -
	月 日 :

地域医療連携室宛 FAX : 072-253-7258

● 診療情報提供書、看護サマリー(入院中の場合)と共に送付ください

緩和ケア病棟面談申込書(医療機関記入用)

【紹介元医療機関】 記入日： 年 月 日

医療機関名：

記入者の部署・職種：

記入者の氏名：

電話番号：

【患者情報】

患者氏名：^{フリガナ} 性別：男・女
生年月日：大正 昭和 平成 年 月 日(歳)

住所：

傷病名：

①紹介目的

症状コントロール 看取り レスパイト

②患者の辛い症状

疼痛 倦怠感 呼吸困難 食思不振 嘔気・嘔吐 便秘 不眠 不安
抑うつ せん妄 その他()

③精神症状(ある場合のみ記入)

抑うつ せん妄 希死念慮 不眠 興奮 認知症 その他()

④現在の状況

入院中 (入院継続 転院予定 自宅退院予定)
通院中

⑤病名告知

本人(済・未) 告知内容()
家族(済・未) 告知内容()
家族の続柄()

⑥推定予後

1年未満 半年未満 3ヶ月未満 1ヶ月未満 数日

⑦急変時の対応

本人へのDNAR確認(済・未) 確認日： 年 月 日
家族へのDNAR確認(済・未) 家族の続柄() 確認日： 年 月 日