

【緩和ケア科転院依頼書】

永寿総合病院・緩和ケア科

緩和ケア新規相談（電話：03-3833-8381：呼び出し）へ連絡後、この用紙を診療情報提供書の上に重ねて送信して下さい。

送信先：地域医療連携センター（FAX：03-3834-2351）

ふりがな

患者氏名 _____ 様 男 ・ 女

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 （ _____ 歳）

住所 _____ 電話 _____

連絡先（氏名） _____ （続柄） _____ 電話 _____

1. 診療情報提供書に下記の内容が記載されているかチェックをお願いします。

- 治療経過、病状、予後の見通し、予測される症状について
- 緩和ケア科の紹介理由
- 本人・家族へ病状や緩和ケアについてどのように説明しているか
- 本人・家族の説明の受け止め方、理解状況、今後の過ごし方に関する意向について
- DNAR 及び 挿管・輸血・透析・昇圧剤を行わないことの同意（本人・家族）
- カテーテル類など挿入物（CVポート、人工肛門、腎瘻、気管チューブなど）の有無及び品名や種類
- 現在の処方内容・点滴類について
- ADL 状況
- 接触予防対策が必要な感染症の有無

2. 療養場所の調整の状況についてチェックをお願い致します

- 他の病院・施設、在宅調整の準備も並行して行っている
- 当院への転院調整のみ

3. COVID-19 検査についてチェック・記入をお願い致します

検査方法	実施	検査日	結果
PCR検査（鼻腔・咽頭）	実施・未実施	月 日	陰性・陽性
	実施・未実施	月 日	陰性・陽性

チェック者 _____（職種： _____） _____ 年 _____ 月 _____ 日

必須）連携担当者 _____ 部署 _____ 連絡先 _____