

信州上田医療センター 緩和ケア内科外来・入院 診療情報チェックリスト

※診療情報提供書とともにお送りください

患者氏名; _____

記入者 (医師) 氏名; _____

記入日; _____ 年 _____ 月 _____ 日

●診療情報提供書へ、以下のことを記載してください

- ・医師が予測している生命予後
- ・患者さん本人への病名・病状・予後告知について (告知していないときはその旨を)

●紹介の目的をチェックしてください (複数でも構いません)

- 苦痛症状の緩和
- 終末期ケア
- 在宅療養への支援

●緩和ケア内科への受診・入院には、以下のすべての項目を満たしていることが必要になります

1. 患者と家族等、またはそのいずれかが、緩和ケア内科受診・入院を希望 (同意) している
2. 患者が病名・病状について理解していることが望ましい。理解していない場合は、患者の求めに応じて適切に病名・病状を理解していることを家族等が同意している
3. がんそのものに対する積極的治療 (化学療法、放射線療法等) は行わないことに同意している
4. 心肺蘇生は行わないことに同意している (※ 紹介の時点で条件を満たしていないときは、その旨を診療情報提供書に記載してください)

ご記入ありがとうございました