

緩和ケア病棟診療情報提供書 (入棟審査用紙)

担当医の先生にご記入をお願い致します。

[ID]			
[患者氏名]			
[性別]	男性 ・ 女性	[年齢]	歳
[病名]	(診断年月日:)		

1. 現在の PS (ECOG)

☐ PS 0 ☐ PS 1 ☐ PS 2 ☐ PS 3 ☐ PS 4

- 0 : 無症状で社会活動ができ、発病前と同等にふるまえる
1 : 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働は可能
2 : 歩行や身の回りのことはできるが時に介助が必要。1 日の 50% 以上は起居
3 : 身の回りのことはある程度できるが、しばしば介助が必要。1 日の 50% 以上就床
4 : 身の回りのこともできず、常に介助が要り、終日就床である

2. 認知機能障害の有無 ☐ 有 ☐ 無

3. 予後予測 ☐ 日単位 ☐ 週単位 ☐ 月単位

4. 本人への説明内容

- ☐ 病名、病状、予後予測を含め正確に説明している。
☐ 病名、病状は説明しているが、予後予測についてはお伝えしていない。
☐ 病名は説明しているが、詳しい病状については説明していない。
☐ 正確な病名（悪性腫瘍、がん）を説明していない。
☐ その他 ()

5. ご家族への説明内容

- ☐ 病名、病状、予後予測を含め正確に説明している。
☐ 病名、病状は説明しているが、予後予測についてはお伝えしていない。
☐ 病名は説明しているが、詳しい病状については説明していない。
☐ 正確な病名（悪性腫瘍、がん）を説明していない。
☐ その他 ()

診療科:	記載医師名:
------	--------

[緩和ケア病棟スタッフ 記載欄]

入棟審査用紙受領日	/	印	☐ 無料個室 ☐ 有料個室 (25300 円 9900 円 5500 円) ☐ 有料個室から無料個室への移動希望 (25300 円 → 9900 円 → 5500 円 → 無料) ☐ その他 ()
入棟審査日	/	印	
入棟日	/	印	