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。

［患者氏名］＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
［性別］　男性　・　女性　　［年齢］＿＿＿＿歳
［ID］　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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（　　）

記載医師名：
医療機関：
連絡先：

ご記入ありがとうございました。

※下記はご記入不要です。
入棟審査用紙受領日（サイン）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
入棟審査日（サイン）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿