

診療情報提供書 聖ヶ丘病院ホスピス患者紹介状

患者氏名 _____ 男・女 M・T・S・H 年 月 日生
診断名 _____

悪性腫瘍診断確定日 年 月 日 病理組織 _____

感染症 HBs-Ag() TPHA() HCV() HIV() MRSA() 緑膿菌()
その他()

現病歴 (症状・検査・治療など詳細に記入してください)

現症：痛み(部位 _____) 麻痺 しびれ 意識障害
認知症 食思不振 倦怠感 嘔気 嘔吐 腹水 腹満感 胸水 咳嗽 痰 呼吸困難感
便秘 不眠 褥創 浮腫 混乱 抑うつ 不安 その他(_____)
症状の詳細：

現在処方・点滴

その他の処置：気管切開 ステンツ(部位 _____) 人工肛門 胃管 胃慶 PTCD
導尿カテテ(Fr.) CVカテ(G、部位 _____ 挿入日 _____) その他(_____)

全身状態 PS0 PS1 PS2 PS3 PS4

- 0：無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、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、軽労働や座業はできる。
- 2：歩行や身の回りのことはできるが、ときに少し介助がいることもある。軽労働はできないが日中の50%以上は起居している。
- 3：身の回りのことはある程度のことではあるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している。
- 4：身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている。

告知・予後 病名・病状・予後について本人および家族はどのように理解されていますか。

本人：

家族（ ）：

ホスピスを選択した理由・本人のホスピスに対する理解度

身体的痛み以外の痛み（精神的、社会的、霊的（スピリチュアル））について

施行中のあるいは今後希望する代替療法（民間療法）について

既往歴

家族構成（図示）

（親、兄弟姉妹、配偶者、子供（亡くなられた方も記入してください）、キーパーソンに○）

年 月 日

病医院名・郵便番号・住所・電話・FAX

_____ 科

_____ 医師名