

ご担当の先生方へ

衣笠病院 ホスピス病棟への診療情報提供について

この度は、衣笠病院ホスピス病棟に患者さんをご紹介くださりまして、ありがとうございます。つきましては、ご多忙のところ恐縮ですが、以下について情報の提供をお願いいたします。

ご利用にあたっては、患者さんご家族に、ホスピス面談の予約をとっていただき、面談後ホスピス判定会議にて入院の適否を検討させていただきます。

(このたび書式の改定を行っています。よろしくをお願いいたします。)

必要な書類・資料の準備をお願いします。

- ① 診療情報提供書（貴院書式）
- ② ホスピス病棟用 医師意見書（ホームページからダウンロード可能）
- ③ 病状のわかる画像
- ④ 血液検査データ
肝炎等、感染症データ

社会福祉法人 日本医療伝道会

総合病院 衣笠病院

〒238-8588 神奈川県横須賀市小矢部2丁目23番1号

TEL 046-852-1182（代表） Fax 046-852-1183

URL:<http://www.kinugasa.or.jp/>

お問い合わせ先：医療福祉相談室（内線 163, 164）

ホスピス病棟用 医師意見書

患者氏名 _____ 男・女 年齢 _____ 歳 年 月 日生

診断名 _____

ホスピスを紹介される経緯について

- 治癒を目的とした治療に反応しなくなった 本人の希望
 終末期に近い・終末期となった 家族の希望
 その他（具体的に） _____

現在の症状

1) がんの直接浸潤 なし あり 部位 _____

2) 転移 なし あり 部位 _____

3) 疼痛 なし あり 部位 _____

痛みの原因として考えられること _____

治療（NSAIDs・オピオイド等） _____

4) その他身体症状 なし あり _____

5) 精神症状

- 不眠 不安 抑うつ状態 せん妄 認知症

具体的な症状 _____

感染症

HBV-Ag (_____) HCV (_____) Wa-R (_____) その他 (_____)

臨床的予後予測

- 1年以上 6ヶ月程度 3ヶ月程度 1ヶ月程度 週または日単位

急変の可能性が多いにあり その他 _____

病状説明

1) 患者へ（いつ頃 _____）

- 病名のみ 転移・再発も含めて 予後も含めて

説明内容 _____

2) 家族へ（いつ頃 _____）

- 病名のみ 転移・再発も含めて 予後も含めて

説明内容 _____

※診療情報提供書も、併せて作成をお願い致します。

その他 自由にご記載ください。

記載日 平成 年 月 日

医療機関名

診療科

医師名