

## 緩和ケア病棟 緩和ケア外来受診までの流れ

相談窓口

(TEL:03 - 3758 - 2671)



入院・外来ともに医療相談室を窓口としています。

担当:医療ソーシャルワーカー

問い合わせ時間 平日 9時～5時

担当不在時:病棟師長

情報提供

患者さんの状態などの情報提供をお願いしております。



必要書類 1)緩和ケア外来診療情報提供書(2、3ページ目)

2)血液生化学

3)細胞診

4)骨シンチグラム

5)腫瘍マーカー

6)感染症

} 検査可能な範囲で結構です

FAX等で送付して頂いております。(FAX:03 - 3758 - 2664)

外来相談

**必ずご予約をお願いします]**



1)緩和ケア外来

来院し出席頂く方 患者さん(病状等が可能であれば)

ご家族

(できるだけ複数でお越しください)

お持ち頂く物: 診療情報提供書等の原本

レントゲンフィルム

CTフィルム・MRフィルム

患者さん本人の医療保険証等

2)その他緩和ケアについてのご相談

緩和ケアについて知りたい、病院を見学したいなど

緩和ケア外来へ進む前にもご相談を承っております。

担当者:ご相談の内容によりソーシャルワーカーか

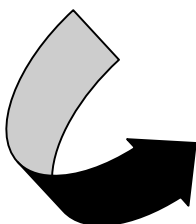
緩和ケア担当看護師が承ります。

検討委員会

随時行っております。

家族へ連絡

担当看護師よりご家族へ検討委員会の結果をご報告致します。



緩和ケア病棟入院

緩和ケア外来継続

緩和ケア往診

へ

緩和ケア外来診療情報提供書

<p>木村病院 緩和ケア外来 御中</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>紹介元医療機関 (施設) 名</p> <p>住所</p> <p>電話番号</p> <p>FAX</p> <p>担当科 _____ 科</p> <p>医師 _____ 印</p>
<p>外来日</p>	<p>平成 年 月 日 時 分</p>
<p>連絡先 (電話番号)</p>	<p>ご自宅 : _____ :</p>
<p>氏名</p>	<p>_____ 殿 ( 歳 ) 男性・女性 _____ 年 月 日生</p>
<p>病名</p>	
<p>合併症とその治療内容</p>	
<p>発症～これまでの経 現在の症状 治療</p>	
<p>現在の処方内容</p>	
<p>検査、治療等今後の予定 について</p>	

持参画像データ	CT(腹部 数枚) 預かり返却 月 日(原本・コピー) シンチグラム(全身 1枚) 預かり返却 月 日(原本・コピー) ・生化学検査 腫瘍マーカー 細胞診 ・MRSAの有 有(咽頭・喀痰・尿・便・創部) 最終検査日 年 月 日
チューブ類 治療 処置	・ドレン挿入 無 有 部位: 人工肛門 無 有 酸素吸入 無 有 ( L/M) 投与方法(マスク 経鼻カヌラ) ・気管カニューレ: Fr タイプ: 吸引 無 有 ネブライザー 無 有 ・IVH 無 有 ・ポート 無 有 タイプ: ・エアマット使用 有 無(今後の使用予定、希望) ・胃瘻 無 有 胃瘻のタイプ( ) 経管栄養の種類と注入量(時間):
セルフケアの状態	移動 自立 一部介助 全面介助 その他( ) 食事 自立 一部介助 全面介助 その他( ) 排泄 尿 自立 一部介助 全面介助 その他( ) 排泄 便 自立 一部介助 全面介助 その他( ) 入浴 自立 一部介助 全面介助 その他( ) 整容姿 自立 一部介助 全面介助 その他( ) 意思疎通 自立 一部介助 全面介助 その他( )
精神機能 状態	記憶障害 無 有 うつ状態 無 有 怒り・攻撃的 無 有 見当識障害 無 有 不安感 無 有 感情失禁 無 有
転院にあたっての説明内容	本人 : 家族(続柄):
告知等病状についての説明内容、理解	本人 ( 年 月 日): 家族 ( 年 月 日):
家族構成 キーパーソン 判定結果の連絡先	
療養形態についての希望等	外来通院 入院 在宅 その他