

送信先 医療法人社団八千代会 メリィホスピタル
地域医療連携室
住所 〒731-3167
広島市安佐南区大塚西3-1-20
TEL 082-849-2303
FAX直通 082-849-2305

※緩和ケア内科へ紹介いただく際には必ず本紙をご記入ください。
メリィホスピタル患者紹介シートと合わせての情報提供をお願いいたします。

生年月日 T · S · H 年 月 日 (才)

主病名							
癌の場合	遠隔転移	☐ 無			☐ 有		
	治療内容 (複数可)	☐ 術後1ヶ月以内		☐ 化学療法中		☐ 放射線治療中	
		☐ 緩和ケアのみ		☐ 無治療			
		☐ その他		☐ その他		☐ その他	
症状（複数可）		☐ 疼痛		☐ 呼吸困難		☐ 嘔気・嘔吐	
		☐ 腹満感		☐ 腹満感		☐ 腹満感	
		☐ その他		☐ その他		☐ その他	
主な薬剤							
血液データ		採血日	年 月 日				
		A l b		B U N		C r e	

	本人	家族
病名について	☐ 説明済 ☐ 説明未	☐ 説明済 ☐ 説明未
病状について	☐ 説明済 ☐ 説明未	☐ 説明済 ☐ 説明未
予後について	☐ 説明済 ☐ 説明未	☐ 説明済 ☐ 説明未

予測される予後	☐ 週単位				
	☐ 月単位	⇒	☐ 1～2ヶ月	☐ 3～6ヶ月	☐ 6ヶ月以上
	☐ 年単位				

受診可否	☐ 受診可能 ☐ 受診困難 ☐ 要相談
受診時来院予定者	☐ 家族のみ ⇒ 続柄 : ☐ 家族・本人
入院時期の希望	☐ できるだけ早く ☐ 入院時期指定 ⇒ 月 日 以降 ☐ 必要時 ・ 状態悪化時 (入院待機登録)