

メリィホスピタル 緩和ケア紹介シ ー ト

※緩和ケアへ紹介いただく際には必ず本紙をご記入ください。（包括ケア病棟でお受入れとなります）
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。

フリガナ
 患 者 名

生年月日 T ・ S ・ H 年 月 日 (オ)

【症例】

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 []					
症状（複数可）		☐ 疼痛 ☐ 呼吸困難 ☐ 嘔気・嘔吐					
		☐ 腹満感					
		☐ 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	

【説明の有無】

		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

【予後について】

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				

