

【受診相談書】 FAX (フリーダイヤル) 0120-927-154 医療相談・連携室

記入日 年 月 日 医療機関名

患者氏名 医師名

下記の項目についてご回答をお願いします

◆緩和ケア病棟入院について、患者さまご本人は下記を理解されていますか
5項目全てについてご説明ください。

※ご本人に認知障害・意識障害がある場合は、ご家族への説明をお願いします。

- 苦痛の緩和と QOL 維持向上をめざすケアを行う場所である
- 入院中の抗がん剤治療・放射線治療は実施しない
- 病状が安定すれば、原則として退院をめざす
- 入院待ち（順番待ち）がある
- 死を早めるような処置（安楽死）はしない。また、苦痛の緩和につながらない延命治療は原則行わない

◆緩和ケア病棟入院を希望した人はどなたですか（複数選択可）

- ご本人 ご家族 医師のすすめ その他（ ）

◆現在の主な苦痛は何ですか（複数回答可）

- 身体的苦痛 精神的苦痛 社会的苦痛 スピリチュアルな苦痛
- ご本人に強い苦痛はない（早めの相談、本人の意識障害など）

◆病状（転移を含む）についてご本人への説明はどのようにされましたか

- すべて説明した
- ある程度説明した
- ある部分については説明していない（具体的に： ）
- 説明していない

◆予後についてご本人・ご家族への説明はどのようにされましたか

- ご本人・ご家族に（ ）と説明した
- ご本人には説明していないが、ご家族に（ ）と説明した
- 説明していない

◆急変の可能性についてご本人またはご家族への説明はされましたか

- ご本人・ご家族に（ ）の可能性を説明した
- ご本人には説明していないが、ご家族に（ ）の可能性を説明した

◆その他ご不明な点があればご記入ください

（ ）

●新規の紹介患者さまにつきましては、緩和ケア病棟を希望され初回受診をされた後、入院待機中の緩和ケア外来のフォローは行っておりませんので、現在かかりつけの病院もしくは医院にフォローをお願いして下さい。

●待機中の急変・病状変化につきましては、在宅療養支援や他の入院先の確保も含め、現在かかりつけの病院もしくは医院にて処置をお願いして下さい。

*確認の上、ご署名をお願いします。

ご本人署名（不可能な場合はご家族） _____