

医師情報提供書

記入日： 年 月 日

本人氏名		生年月日	年 月 日	性別	男 / 女
病名					

①発症時期、治療経過と今後の治療方針、予測される経過（疼痛、ADLの低下なども）
②現在の病状・これからの見通しについて、本人、保護者、きょうだいそれぞれにどのように説明されていますか（病名・予後についてなど）
③予想される予後 <input type="checkbox"/> 生命予後が概ね1年以下 <input type="checkbox"/> 予後が明確ではないが、早期に亡くなる可能性が高い（数年単位） <input type="checkbox"/> その他（ ）
④ホスピス利用時の注意点とその対処法 緊急時の搬送先
⑤病院名・診療科 医師名
ホスピスからの連絡が可能なご連絡先 電話番号 （ ） - メールアドレス @
連絡可能な曜日、時間帯があればご記入ください