医師情報提供書

※下記情報を共有いただくことについて、ご家族からの了承を得ています。　　記入日：20 　年　月　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人氏名 |  | 生年月日  （西暦） |  | 性別 |  |
| 病名 |  | | | | |

|  |
| --- |
| 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） |
|  |
| 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） |
|  |
| 予想される予後（該当するものにチェック） |
| 生命予後が概ね1年以下  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）  その他（　　　　　　　　　　） |
| ホスピス利用時の注意点とその対処法 |
| ※注意すべき感染症の有無：　 特になし　 MRSA　CRE |
| 緊急時の搬送先 |
|  |

ホスピスからの連絡が可能なご連絡先 （以前ご記入いただき、連絡先の変更がない場合は記入不要です）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| メールアドレス |  | 電話番号 |  |
| 連絡可能な曜日、時間帯 |  | | |

記入者署名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名・診療科名 |  | 医師名 |  |

ご協力ありがとうございました。ご家族に返信用封筒をお渡ししていますので、そちらでご投函ください。