

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： 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(該当するものにチェック) <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 注意すべき感染症の有無 (<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> CRE)
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