

## 緩和ケア相談票

記入日 20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

医療機関名	：	( )
( ) 病院、( ) 診療所 [有床・無床]、( ) 訪問看護ステーション、		
( ) その他		_____
依頼者氏名	：	( )
職種	：	( ) 医師 ( ) 看護師 ( ) その他 _____
医療機関住所	：	( )
電話番号	：	( )
メール	：	( )
返答方法の希望	：	( ) 電話 ( ) メール
電話での返答を希望される場合 連絡可能な時間帯	：	( ) 時頃)

### 【相談症例】

年齢：( ) 歳 性別：( ) 男 ( ) 女

主病名：( )

\*癌の場合

転移部位：( ) 肺 ( ) 肝 ( ) 骨 ( ) 脳 ( ) その他 \_\_\_\_\_

治療内容：( ) 抗癌剤治療中 ( ) 放射線治療中 ( ) 抗がん治療終了

症状：( ) 疼痛 ( ) 呼吸困難 ( ) 嘔気/嘔吐 ( ) 倦怠感

( ) その他 \_\_\_\_\_

使用薬剤：

血液データ： BUN：\_\_\_\_\_ Cre：\_\_\_\_\_ (採血日： 月 日)

その他参考データ ( )

[相談内容：具体的にお願いします。訪問診療、訪問看護への同行支援を希望の場合には、その旨も記載ください]

小牧市民病院記載欄

相談受け付け日： 20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 返答日： 20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

返答者 ( )