様式１

● 緩 和 ケ ア 依 頼 書

記載日		医療機関名		記載者	
ふりがな		生 年 月 日			
患 者 氏 名		電 話 番 号			
キーパーソン氏名		続 柄		電話番号	
緩和ケア面談来院予定者					

＊ご記入お願い致します。

1. 依頼目的

☐ 今後にそなえての面談　☐ 転院　☐ 緩和ケア外来

2. 現時点で病気病状についてどのように説明や告知をされていますか

a）患者さん本人に対して

☐ 癌であることを告知していない
☐ 病名のみ(癌であることのみ)
☐ 転移再発部位や広がりを含めて
☐ 余命を含めて

b)ご家族(　　)に対して

☐ 癌であることを告知していない
☐ 病名のみ(癌であることのみ)
☐ 転移再発部位や広がりを含めて
☐ 余命を含めて

3. 臨床的な予後はどれくらいであるとお考えですか(複数回答可)

☐ 6ヶ月以上　☐ 3ヶ月以上　☐ 2-3ヶ月程度
☐ 1ヶ月程度　☐ 2-3週間程度　☐ 2週間未満
☐ 急変あり(病態：　　)

4. ADLについてお伺い致します

☐ 自立　☐ 見守り　☐ 一部介助　☐ 全介助
☐ 認知症あり(　軽度　・　中等度　・　重度　)　☐ 難聴
☐ その他(　　)

5. 患者さんは緩和ケア病棟への入棟を知らされていますか

☐ はい　☐ いいえ

6. 緩和ケア病棟入棟目的について(複数回答可)

☐ がん治療の効果が期待できなくなったため
☐ 本人が希望するため　☐ 家族が希望するため
☐ 症状コントロールのため　☐ 終末期看取りのため
☐ その他(　　)

7. 在宅療養の希望

☐ あり　☐ なし

2026/4/15 作成