

紹介状（診療情報提供書）

記載日 年 月 日

医療法人社団 秀峰会 川村病院

緩和ケア科

医師: _____

〒416-0907 富士市中島 327 番地

TEL 0545-61-4050(代表)

TEL 0545-61-5170(地域医療連携室)

FAX 0545-61-8010(地域医療連携室)

医療機関名

所在地

医師名

電話番号

FAX 番号

フリガナ 患者氏名	生年月日		性別 (男・女)
	年齢		
傷病名			
紹介・依頼目的	<input type="checkbox"/> 入院希望 <input type="checkbox"/> 外来希望		
症状経過	(手術・化学療法・輸液・投薬内容・苦痛症状のコントロール状況など)		
本人家族へ 説明	(がんについて、緩和ケア病棟について)		
DNARの同意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	推定予後	

※前医からの診療情報提供書があれば必ず添付してください

※病棟設備に伴い人工呼吸器の使用及び透析などを必要とされる方はお受けできません

※骨転移による苦痛があり放射線治療の適応がある場合は、転院前に治療をお願いします