診療情報提供書（紹介状：緩和ケアセンター利用申込書 １／３）

令和　　　　年　　　月　 　日

　 (宛先)

(紹介元)

日本赤十字社愛知医療センター

名古屋第一病院

所在地

医療機関名

医師氏名

TEL　　　　　　　　　　　FAX

【 FAX　０５２－４８１－５２６３ 】

【 受診希望科 】　　一般消化器外科（緩和ケア）

　　　　　 　　　　　　　担当医　　　　先生

【 受診日については、後日、FAXにてお知らせします。】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 男　　 Ｍ・Ｔ  フリガナ  　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 ・　　 Ｓ・Ｈ・Ｒ 　　　年　　　　月　　　　日 生  患者氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 女　　*旧姓*　　　　　　　　　　　　（　　 　　　歳）  住　　所    電話番号（　　　　　）　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　当院受診歴（　有　・　無　・不明） | | |
| 傷 病 名 |  | |
| 紹介目的 | 緩和ケアセンター利用希望 | |
| 診療情報（既往歴・家族歴・治療経過等）  □　別紙　診療情報提供書参照 ※直近の血液検査データを添付してください。  ・貴院に　□入院中　　□退院の予定あり  　　　　　　　　　　　□退院の予定なし  　　　　　□通院（訪問診療）中 | | 現在の処方・備考 |

＜**私のこれからの備え＞**アドバンス・ケア・プランニング（ACP）用紙

診療情報提供書（紹介状：緩和ケアセンター利用申込書 ２／３）

これからの治療やケアについて大切にしたいことを事前にお聞きしています。

記載が難しい部分は空欄でもかまいません。患者さん本人にご記載いただくか、

代理の方が記載する場合は本人の意向を聞きながら記載して下さい。

　　　　　　　　　　　　　記載者：　　　　　　　　　　　記載日：　　　/ 　/

**Step１ 　あなたが大切にしていることは何でしょう**

もし生きることが限られたら、あなたにとって大切なことは何ですか？

□　家族や友人がそばにいる

□　仕事や社会的な役割（町内会やボランティアなど）が続けられる

□　身の回りのことが自分でできる

□　できる限りの治療が受けられる

□　家族の負担にならない

□　痛みや苦しみがない

□　少しでも長く生きる

□　好きなことができる

□　自分が経済的に困らない

□　家族が経済的に困らない

大切にしていることに　☑ を、最も大切にしていることに　☑ をつけてください

□　その他の希望や理由（具体的に書いてください）

**Step２　医師に聞いてみましょう**

自分の病名や病状、これから予測される経過や、受けるかもしれない治療について、

医師から説明を受けましたか？

□　はい　　 □　いいえ

病気の予測される経過を知りたいですか？

□ はい　 □ いいえ　 □ わからない　 □ その他

　　　理由（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 ）

余命を知りたいですか？

□ はい □ いいえ □ わからない □ その他

　　　 理由（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 ）

病気や治療・療養について、知っておきたいことは何ですか？

　　　（例）治療の費用は？　どんな症状がでる？　家で暮らせなくなったら、入院できる？

診療情報提供書（紹介状：緩和ケアセンター利用申込書 ３／３）

**Step3　いざというとき、あなたの代わりになる人は誰でしょう**

あなたのことをよく理解してくれている、信頼できる　家族や友人は誰か考えてみましょう。

もし、あなたが病気によって考えや気持ちを伝えられなくなったとき、あなたの代わりに

医療者と話し合う人は誰でしょう？

・夫と娘など複数の人でもよいです。

・医療・介護従事者や役所の人でもよいです。

・相続や親権など、法律上の立場は関係ありません。

□　夫・妻（　　　　　　　　）　 □　父・母（ 　　　 ）

□　子ども（　　　　　　　　）　　□　兄弟　（　　　　　　 　 ）

□　友人　（　　　 　 　　 ）　　□　医療者（　　　　　　 　 ）

□　その他（　　　　　　　　）

いざというとき、「自分の代わりに治療やケアの話に参加してほしい」と

その人に伝えていますか？

　　　　　 □　伝えている

□　伝えていない

**Step4 病状が悪くなり、回復が難しくなった場合のことを考えてみましょう**

　　　どうしても病気が良くならないとき、あなたはどのような治療やケアを望みますか？

□　口に管を入れたり、心臓マッサージをしてもいいから、

　　　　　　とにかくできる限り長く生きたい。

□　上記ほど辛い処置は希望しないが、効果があるなら

　　　　　　点滴や処置など長く生きる治療を受けたい。

□　延命効果よりも、できる限り苦痛をとって自分らしい

　　　　　　生活を大切にした治療やケアを受けたい。

□　してほしいケア / してほしくないケアはありますか?

例：点滴は受けたい。お風呂はできるだけ入りたい。

　　　　　　入院はしたくない。ずっと一人になるのは嫌。など

そのようなとき、どこで過ごしたいと思いますか？

□ 自宅　 □ 病院　□ 緩和ケア病棟　 □ 施設 □ その他

　　　理由（　　　　　　　　　　　　　　　 ）

以上の内容を、今回の受診のためだけでなく、周りの方に伝えておきましょう。

病気が悪くなったとき、十分に考えたり、自分の考えを人に伝えられなくなることがあります。

もし、自分の考えが伝えられなくなったとき、どのようにしてほしいですか？

いざというとき、あなたが望む治療やケアを受けられるように、周りの方に伝えておきましょう。