

紹介状・診療情報提供書

在宅緩和ケア地域連携パス・バリアンス報告書

FAX 082-815-5533(専用)

平成 年 月 日

(受付時間 平日8:30~17:00)

<依頼医療機関>

〒731-0293

住所

広島市安佐北区可部南2-1-1

名称

がん相談支援センター

医師氏名

TEL 082-815-5533(直通)

電話番号

FAX番号

ふりがな		住所	
氏名	様 男・女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(満 才)	電話番号 ()	—
安佐市民病院 (ID番号)			

緩和ケア内科診療希望		
指定医 <ご希望があれば記入してください> ()医師	希望日	1. 平成 年 月 日 (曜日) 2. 特に希望なし

紹介目的	・バリアンス報告	・緊急緩和ケア病床希望	・緊急受診希望
主訴又は疾病名			
既往歴及び家族歴 病状経過	平成 年 月 日パス開始		
治療経過 現在の処方 患者の状態等	<input type="checkbox"/> 症状コントロール困難 () <input type="checkbox"/> 病状の悪化 () <input type="checkbox"/> サポート困難 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
要望事項 留意事項等			