

取手市医師会在宅ネットワーク患者紹介用紙（末期がんの場合）

平成 年 月 日

紹介元	
現在入院中の場合医療機関名	
現在の主治医	先生

患者氏名	性別 男・女	明・大・昭・平	年	月	日（ 歳）
患者住所					
主たる介護者			連絡先		

末期がん病名を含む主な病名

1、	2、
3、	4、
5、	6、

現在の状態

告知 有・無	DNRの確認 有・無	在宅看取りの希望 有・無
以下の状態で当てはまるものに○をつけてください。特記すべき事があればお書きください。		
酸素療法	人工呼吸器	気管切開
自己導尿	褥瘡処置	その他（
		バルーンカテーテル）

初回往診希望日があれば書いてください（わかる範囲で結構です）。

平成 年 月 日 頃

この用紙はあくまでネットワーク内で主治医の選定などに用いるものであり、主治医への紹介状は別途必要となります。

連絡先：取手市医師会事務局 飯野

〒302-0032 茨城県取手市野々井1926

TEL：0297-70-7277 FAX：0297-70-7288