送り先： シューター80（TCS 事務室）
（当日対応は原則、正午までと致します）

緩 和 ケ ア チ－ム 依 頼 用 紙

依頼日 ：　　年　　月　　日

ＩＤ 氏名 年齢　　性別　　生年月日	依頼者 ： 所属科 ：　　病棟 ： 主治医 ： 担当看護師 ：

診断〔　　〕 Stage〔　　〕 **再発**〔はい/ いいえ〕 DNR〔はい/ いいえ/ 未〕

依頼目的　・身体症状の緩和　疼痛・しびれ　倦怠感　呼吸困難　消化器症状　その他(　　)
・精神症状の緩和　せん妄・意識障害　睡眠障害　不安・抑うつ　その他(　　)
鎮静　カウンセリング　がん治療に伴う副作用対策　療養場所の選択
服薬指導　家族ケア　リハビリ*　事情部への相談
その他（　　）
※リハビリが必要な際には医師から通常のリハビリ依頼を出して頂く必要があります。

依頼内容　（チームの介入を必要とするお困りの状況について、また介入の緊急性などについてご記載ください。）

※ご依頼のありました後にチーム担当者から主治医に直接連絡を取らせて頂きます。ご都合のよい日時や連絡先をお知らせください。
（日時：　　）（連絡先：　　）
また、緊急に介入の必要性がある場合は特に、チームまでご連絡頂きますようお願いいたします。

※尚、当チームの診療はあくまで‘支援’であり、その後の方針の決定や処方、指示などは当該科に責任を持って頂くことになりますことを予めご了承ください。

【チーム記載欄】

ＰＳ〔　　〕

《介入(関わり)のレベル》　患者の QOL を優先して臨機応変に対応する

レベル１ ： 患者とのコンタクトはなしでアドバイスのみ(例:電話相談など)
レベル２ ： 患者とのコンタクトは一時的、もしくは 1～2 回程度の関わり
レベル３ ： 患者とのコンタクトは継続的で、主治医のニーズに適宜フィードバックできるよう継続的にフォローアップする
レベル４ ： 患者とのコンタクトは継続的で、毎日重点的に回診し主体的に介入する

担当者〔　　〕

天理よろづ相談所病院　疼痛等緩和ケア対策チーム