看護情報提供書（紹介元⇒がんゲノム外来）※任意

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 群大ＩＤ | フリガナ |  | 生年月日 | 昭・平・令  年　 月 　 日  　　　　　　　 　歳 |
| 患者氏名 |  |
| キーパーソン |  | | 続　柄 |  |

１．主治医から患者・家族への病状・今後の治療・予後などの説明内容

２．病状・今後の治療・予後についての患者・家族の捉え方

３．患者・家族が療養生活で希望していること

４．がんゲノム外来を受診するにあたり、聞きたいことや気がかりなこと

５．その他（受診時に対応してほしいこと、配慮すべきことなど）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 看護師名 |  | | 所属部署 |  |
| 連 絡 先 | 電　話 |  | F A X |  |
| E-mail |  | | |

※本様式は他の必要書類と一緒に、追跡可能なレターパック等で送付してください。