

提出番号：5

## 症例報告書（スピリチュアルな関わり）

患者年齢\_\_\_\_歳 性別 男 女 診療施設名\_\_\_\_\_

【診療形態】 緩和ケア病棟 緩和ケアチーム 在宅緩和ケア

【主に緩和医療を提供した期間】 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 ~ \_\_\_\_年 \_\_\_\_月

【転帰】 外来 転院 在宅ケア 死亡（看取り 有 無）

確定診断名（主病名および副病名）

#1.	#4.
#2.	#5.
#3.	#6.

記 載 者： 氏名\_\_\_\_\_

印刷が途切れていないか提出前によくご確認ください。