

スクリーニングの手順

記載の有無 **あり**
表紙に反映されます

病院名: **病院** **高槻赤十字病院**

期間: 平成26年9月1日現在

スクリーニングの項目、対象、方法、タイミング、スクリーニングした結果の確認者、スクリーニング結果の活用方法等についてご記載ください。

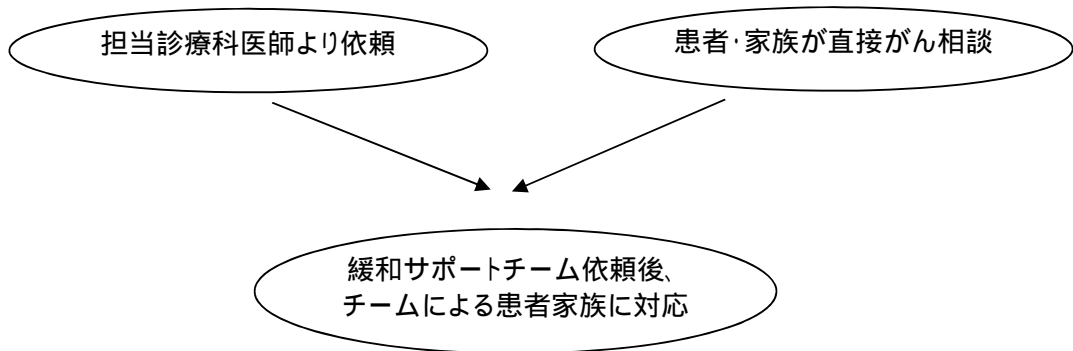
役職等に個人名が記載されていないことをご確認ください。

このシートに貼付することが難しい場合、ファイル名を別紙15とした電子ファイル、別添資料を提出すること。

別添資料の提出有無 **なし** (あり・なし)

ファイル形式 (ワード、一太郎、リッチテキスト、エクセル、パワーポイント、PDF、その他)

その他の場合ファイル形式を記載してください。



- ・当該担当医、患者・家族からの依頼を受け、緩和サポートチームが介入
- ・「痛みのチェックシート」を情報として対応している。