

緩和ケア病棟・外来面談申込書（病院様記載用）

記載日 平成 年 月 日

紹介元 医療機関名					診療科				
記載者					<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 相談員	<input type="checkbox"/> その他()	
患者本人	ふりがな	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年齢	()歳	
	氏名			年 月 日					
	住所								
キーパーソン	連絡先	氏名:			続柄:				
		住所:							
		電話番号	自宅:		携帯:		その他:		
紹介目的		<input type="checkbox"/> 入院継続のまま転院			<input type="checkbox"/> ふくやま病院緩和ケア外来フォロー				
		<input type="checkbox"/> 必要時の入院対応			<input type="checkbox"/> その他()				
病名									
現在の診療形態		<input type="checkbox"/> 通院(訪問診療含む)			<input type="checkbox"/> 入院				
推定予後		<input type="checkbox"/> 2週以内 <input type="checkbox"/> 2-4週 <input type="checkbox"/> 1-2ヶ月 <input type="checkbox"/> 2-3ヶ月 <input type="checkbox"/> 3-6ヶ月 <input type="checkbox"/> 6-12ヶ月 <input type="checkbox"/> 1年以上							
告知について	病名	誰に: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他() いつ:							
		内容:							
	病状	誰に: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他() いつ:							
内容:									
予後	誰に: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他() いつ:								
	内容:								
緩和ケアについての説明内容		誰に: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他() いつ:							
		内容:							
PS		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4							
急変時の処置		<input type="checkbox"/> DNARを説明			誰に: <input type="checkbox"/> 本人に <input type="checkbox"/> キーパーソンに		<input type="checkbox"/> どちらにも未説明		
がん診断確定日		年 月 日			手術	術式:		手術日:	
緩和ケア病棟病室希望		※必ずしもご希望に添えない場合があること、入院後の病室移動の可能性についてご了承ください							
		<input type="checkbox"/> 大部屋(差額無し)		<input type="checkbox"/> 個室(差額10,000円/日)税別		<input type="checkbox"/> 特別個室(差額15,000円/日)税別			
		※ 空床待ちの対応		<input type="checkbox"/> 早期に入院できるなら、どの病室でも可		<input type="checkbox"/> 希望病室が空まで待機			
備考									

医療法人社団医仁会 ふくやま病院

地域医療連携室 宛て FAX:078-927-1619