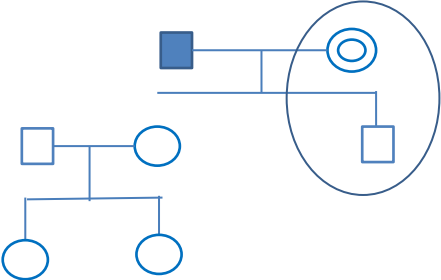


《記入見本》 緩和ケア面談 申込書(病院様記載用)

記載日:平成26年 1月 1日

ふりがな	ひがしおおさか はなこ		☐ 男	生 年 月 日	☐ 明	☐ 大	☒ 昭	☐ 平	(8 5) 歳
患者氏名	東大阪 花子		☒ 女		4	年	1	月	1
患者住所	(〒 〇〇〇-〇〇〇〇) 大阪市城東区〇〇6丁目〇-〇-〇〇〇								
代 表 連絡者 ・ キーパーソン	氏 名 : 東大阪 次郎 続柄 次男 住 所 : (〒 〇〇〇-〇〇〇〇) 大阪市城東区〇△5丁目〇-〇〇 電話番号 (※当院から連絡する場合は御座います) (自 宅) 06-1234-5678 (携帯電話) 080-1234-5678								
介護保険	要支援 () 要介護 () ☐ 未申請 ☒ 申請日(11/11) ☐ 非該当		身障または 公費、その他		☐ 有り ☒ 無し				
紹介目的	☐ 入院継続のまま転院 ☐ 退院をして東大阪病院緩和ケア外来フォロー ☒ 在宅医に繋ぎ、 東大阪病院は入院対応 ☐ その他								
かかりつけ (診療所etc)	☐ 無 ☒ 有		☐ 紹介元 ☒ 今後紹介予定		医院・診療所名: 〇×診療所				
推定予後	☐ 1ヶ月以内 ☐ 1~3ヶ月以内 ☒ 3~6ヶ月以内 ☐ 6ヶ月~1年以内 ☐ 1年以上 ☐ 不明								
がん病名 告知	本人	☐ 無(その理由) ☒ 有(どのように)		〇〇癌の再発にて積極的治療困難					
	キーパーソン	☐ 無(その理由) ☒ 有(どのように)		本人と同じ					
予後告知	本人	☐ 無(その理由) ☒ 有(どのように)		長くても半年だろう					
	キーパーソン	☐ 無(その理由) ☒ 有(どのように)		3ヶ月程度の可能性もある					
DNAR	※急変時の蘇生処置(CPR)は施行しないという説明について								
	説明: ☐ 本人 ☐ キーパーソン ☒ 両者ともに対し説明未								

※記入に際しましては、別紙記載例を参考にして下さい。

家族構成 自宅環境	＜家系図＞ □男性　○女性（本人は二重枠） ■男性（死亡）●女性（死亡） ※本人と同居の方は丸く囲って下さい 自宅は3階建ての2階を住居とし 階段昇降が必要で、クリアすれば在宅 療養も検討したい。 						
病状や 家族・介護 状況など 特記事項	受診契機	☐ 検診 ☒ 健診 ☐ 症状(発症時期: 具体的に:) ☐ 不明・その他					
	貴院初診日	年 月 日					
	診断確定日	年 月 日					
	診断方法	☐ 細胞診 ☐ 組織診(組織名:) ☒ 画像診断					
	手術術式	☒ 手術なし ☐ 術式名()					
	手術日	年 月 日					
長女家族と次男は疎遠。必要時は本人が長女に連絡をしている。 次男の仕事は不規則なため連絡をとりにくい。							
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御了承下さい						
	差額ベッド 料金	個室	8,640円/日	2人 部屋	2,160円/日	3人 部屋	料金なし
	☒ 3人部屋 ☒ 2人部屋 ☐ 個室 ※空床待ちの際の対応						
	☐ 早期に入院できるのなら、どの病室でもよい ☒ 希望病室が空くまで待機						
送信者	病院名	○△病院					
	担当者様氏名	地域連携室 ○○					
	電話番号	06-○○○○-○○○○					
	FAX番号	06-○○○○-△△△△					

※記入に際しましては、別紙記載例を参考にして下さい。