

緩和ケア面談 申込書(病院様記載用)

記載日:平成 年 月 日

ふりがな				<input type="checkbox"/> 男	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 明	<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 平	() 歳
患者氏名				<input type="checkbox"/> 女		年 月 日				
患者住所	(〒)									
代表 連絡者 ・ キーパーソン	氏名 : 続柄					住所 : (〒)				
	電話番号 (※当院から連絡する場合は御座います) (自宅) (携帯電話)									
介護保険	要支援 () 要介護 () <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請日() <input type="checkbox"/> 非該当			身障または 公費、その他			<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 入院継続のまま転院 <input type="checkbox"/> 在宅医に繋ぎ、 東大阪病院は入院対応			<input type="checkbox"/> 退院をして東大阪病院緩和ケア外来フォロー <input type="checkbox"/> その他						
かかりつけ (診療所etc)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 紹介元 <input type="checkbox"/> 今後紹介予定		医院・診療所名:					
推定予後	<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内		<input type="checkbox"/> 1~3ヶ月以内		<input type="checkbox"/> 3~6ヶ月以内					
	<input type="checkbox"/> 6ヶ月~1年以内		<input type="checkbox"/> 1年以上		<input type="checkbox"/> 不明					
がん病名 告知	本人	<input type="checkbox"/> 無(その理由) <input type="checkbox"/> 有(どのように)								
	キーパーソン	<input type="checkbox"/> 無(その理由) <input type="checkbox"/> 有(どのように)								
予後告知	本人	<input type="checkbox"/> 無(その理由) <input type="checkbox"/> 有(どのように)								
	キーパーソン	<input type="checkbox"/> 無(その理由) <input type="checkbox"/> 有(どのように)								
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: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> 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> <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性（本人は二重枠） <input checked="" type="checkbox"/> 男性(死亡) <input checked="" type="checkbox"/> 女性(死亡) ※本人と同居の方は丸く囲って下さい						
	受診契機 <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> 症状(発症時期: 具体的に:) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診(組織名:) <input type="checkbox"/> 画像診断 手術術式 <input type="checkbox"/> 手術なし <input type="checkbox"/> 術式名() 手術日 年 月 日						
病状や 家族・介護 状況など 特記事項	※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
病室希望	<input type="checkbox"/> 3人部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 個室 ※空床待ちの際の対応						
	<input type="checkbox"/> 早期に入院できるのなら、どの病室でもよい			<input type="checkbox"/> 希望病室が空くまで待機			
送信者	病院名						
	担当者様氏名						
	電話番号						
	FAX番号						

※記入に際しましては、別紙記載例を参考にして下さい。