

記載日 西暦 年 月 日

Ver.3.0

ふりがな					性別	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 西暦
氏名					<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日 (歳)			
患者住所 連絡先	〒	住所								
	電話番号	(自宅)	(携帯)							
キーパーソン 連絡先	氏名					続柄				
	住所									
	電話番号	(自宅)	(携帯)							
紹介目的	<input type="checkbox"/> 入院継続のまま転院					<input type="checkbox"/> 在宅で過ごし入院は東大阪病院へ				
	<input type="checkbox"/> その他 ()									
推定予後	<input type="checkbox"/> 1カ月以内			<input type="checkbox"/> 1~3カ月以内			<input type="checkbox"/> 不明・その他()			
本人の理解力	<input type="checkbox"/> 良好			<input type="checkbox"/> 理解・記憶の保持が困難			<input type="checkbox"/> その他()			
精神状態の 確認	精神疾患 (有 無) ・ せん妄状態 (有 無) 具体的に:									
DNAR(*) についての了解の有無について *人工呼吸器(NPPV含む)、胸骨圧迫、昇圧剤の使用は何れも行わない。										
本人	<input type="checkbox"/> 了解済			<input type="checkbox"/> 説明のみで未決定			<input type="checkbox"/> 説明なし		*必須ではありません	
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 了解済			<input type="checkbox"/> 説明のみで未決定			<input type="checkbox"/> 説明なし		*申込時に了解済みが原則	
病状と今後の方針の説明と同意について *下記 3設問(ABC)は、本人の理解能力が良好の場合には全項目で了解・同意が原則です。										
A: 主病名・転移等の病状進行具合についての説明と了解										
本人	<input type="checkbox"/> 説明・了解済			<input type="checkbox"/> 説明無し						
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 説明・了解済			<input type="checkbox"/> 説明無し						
B: 今後、抗がん剤治療は行わない方針であることの説明と同意										
本人	<input type="checkbox"/> 説明・了解済			<input type="checkbox"/> 説明無し						
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 説明・了解済			<input type="checkbox"/> 説明無し						
C: 緩和ケア病棟への紹介であることの説明と同意										
本人	<input type="checkbox"/> 説明・了解済			<input type="checkbox"/> 説明無し						
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 説明・了解済			<input type="checkbox"/> 説明無し						
*緩和ケア病棟が満床時は一般病棟を介しての入院をしてもよいですか。(<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可)										
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) ■男性(死亡)●女性(死亡) *本人と同居の方は丸く囲ってください。 兄弟複数名の場合は年長者を左から順に記入してください。									
	申し込時の状態で選択してください。キーパーソンとなりえる血縁者が不在の場合は下記を記入してください。									
	意思決定 : <input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 代理意思決定・決定支援者・後見人あり()									
	なくなられた際の身元引受について ()									
備考欄										
送信者	病院名									
	部署/氏名									
	TEL /FAX	(TEL)					(FAX)			