

記載日 西暦 年 月 日

用紙1/2

ふりがな		性別	生年月日	<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 <input type="checkbox"/> 女		年 月 日 ( 歳 )				
患者住所	〒 住所							
連絡先	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"/> 退院し今後の入院は東大阪病院へ				
	<input type="checkbox"/> その他 ( )							
推定予後	<input type="checkbox"/> 1か月以内		<input type="checkbox"/> 1～3か月以内		<input type="checkbox"/> 3か月以上			
	<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 ( )		
	※申込み時の状態で選択してください							

**DNAR (※) についての了解の有無について**

※人工呼吸 (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
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の同意について**

※ 下記3設問 (A, B, C)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