

記載日 西暦 年 月 日

用紙1/2

ふりがな		性別	生 年 月 日	☐ 明治	☐ 大正	☐ 昭和	☐ 平成	☐ 西暦
氏名		☐ 男 ☐ 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	☐ 入院継続のまま転院 ☐ 退院し今後の入院は東大阪病院へ ☐ その他 ()							
推定予後	☐ 1カ月以内 ☐ 1～3カ月以内 ☐ 不明・その他 () ※面談は、予後3カ月以内と見込まれる患者さんを対象としています。							
本人の 理解力	☐ 良好 ☐ 理解・記憶の保持が困難 ☐ 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	☐ 了解済 ☐ 説明のみで未決定 ☐ 説明なし ※必須では有りません							
キーパーソン	☐ 了解済 ☐ 説明のみで未決定 ☐ 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	☐ 説明・了解済 ☐ 説明無し							
キーパーソン	☐ 説明・了解済 ☐ 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	☐ 説明・了解済 ☐ 説明無し							
キーパーソン	☐ 説明・了解済 ☐ 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	☐ 説明・了解済 ☐ 説明無し							
キーパーソン	☐ 説明・了解済 ☐ 説明無し							