

緩和ケア外来受診申込書(医療機関様記載用)

※診療情報提供書と看護サマリーに添付してお送り下さい

記載日: 西暦 年 月 日

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生 年 月 日	西暦	年	月	日
患者氏名							年齢 歳
患者住所	(〒 -)						
紹介目的	<input type="checkbox"/> 貴院より転院 <input type="checkbox"/> 市立柏原病院へ転医 <input type="checkbox"/> 在宅医療継続、入院は市立柏原病院対応 [かかりつけ]						
推定予後	<input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 1~3か月以内 <input type="checkbox"/> 3~6か月以内 <input type="checkbox"/> 6か月~1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 不明						
がん病名告知 (原則告知)	本人	<input type="checkbox"/> なし(その理由) <input type="checkbox"/> あり(どのように) 年 月頃					
	キーパーソン	<input type="checkbox"/> なし(その理由) <input type="checkbox"/> あり(どのように) 年 月頃					
予後告知 (原則告知)	本人	<input type="checkbox"/> なし(その理由) <input type="checkbox"/> あり(どのように) 年 月頃					
	キーパーソン	<input type="checkbox"/> なし(その理由) <input type="checkbox"/> あり(どのように) 年 月頃					
DNAR	急変時の蘇生処置は施行しないという説明について <input type="checkbox"/> 本人に説明すみ <input type="checkbox"/> キーパーソン [] に説明すみ <input type="checkbox"/> どなたにも説明していません						
キーパーソン 連絡先	氏名	(〒 -)		続柄	家族構成 <small><家系図>※本人と同居の方は丸く囲って下さい</small> <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)		
	住所						
	電話番号(当院から連絡する場合があります)						
	- -						
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援 [] <input type="checkbox"/> 要介護 [] <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 [] <input type="checkbox"/> 非該当						
病状や 家族・介護 状況など 特記事項							
病室の 希望	<input type="checkbox"/> 個室A 8,820(6,300) <input type="checkbox"/> 個室B 7,350(5,250) <input type="checkbox"/> 個室C 5,880(4,200) <input type="checkbox"/> 総室(4人部屋:無償) ※()内は柏原市、藤井寺市、八尾市に住所を有する方 いずれも税別、円/日 空床待ちの場合 → <input type="checkbox"/> 早期入院できるならどの病室でもよい <input type="checkbox"/> 希望部屋が空くまで待機						
送信者 (紹介元)	医療機関名			担当者様氏名			
	住所						
	電話番号			FAX			
	-			-			

市立 柏原病院 記載欄	受付日	月	日	入棟審査	不可	可	→ 面談日時	月	日()	:
	担当	面談医[]		看護師[]		MSW[]	主治医[]			