

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 生年月日	西暦 年 月 日
患者氏名		<input type="checkbox"/> 女	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"/> 在宅医診療継続、入院は市立柏原病院対応 [ かかりつけ ]		
推定予後	<input type="checkbox"/> 1カ月以内 <input type="checkbox"/> 1～3カ月以内 <input type="checkbox"/> 3～6カ月以内 <input type="checkbox"/> 6カ月～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"/> 本人に説明済み <input type="checkbox"/> キーパーソン [ ] に説明済み <input type="checkbox"/> どなたにも説明していない		
キーパーソン 連絡先	氏名 続柄 住所 ( 〒 - ) 電話番号(当院から連絡する場合があります) - -	家族構成 <small>&lt;家系図&gt;※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)	
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	感染症検査: HBs抗原 ( ) HCV抗体 ( ) 梅毒 ( ) HIV抗体 ( ) 結核菌 ( )		
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 [ ]