

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	(〒 -)		TEL						
紹介目的	<input type="checkbox"/> 貴院より転院 <input type="checkbox"/> 在宅医療継続、入院は市立柏原病院対応 [かかりつけ医]								
推定予後	<input type="checkbox"/> 1ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 1~3ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 3~6ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 6ヵ月~1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 不明								
がん病名告知	本人 (原則告知)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月頃)	キーパーソン (原則告知)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月頃)					
予後告知	本人	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月頃)	キーパーソン (原則告知)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (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								
入院保証人 連絡先	氏名	続柄	<家系図>※本人と同居の方は丸く囲って下さい 家族構成 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 (本人は二重枠) <input type="checkbox"/> 男性(死亡) <input 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)								
	- -								
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Ⅰ 13,860(9,900) <input type="checkbox"/> 個室Ⅱ 10,780(7,700) <input type="checkbox"/> 総室(4人部屋)無償 ※()内は柏原市、八尾市に住所を有する方 いずれも税込、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								
来院 予定者	<input type="checkbox"/> 本人受診 <input type="checkbox"/> 家族受診 ※氏名(または続柄) ① ② ③								
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[]	