緩和ケア病棟入棟面談申込書 （医療機関専用）

ほうせんか病院　地域連携部　行
TEL：072-641-7030
FAX：072-641-7038

申込日：　年　月　日

紹介元医療機関	病院　　診療科			
	担当医			
	連絡先担当者　　電話番号　　FAX			
患者氏名（フリガナ）	□ 男 ・ □ 女			
生年月日	□大正 □昭和 □平成　　年　　月　　日　　歳			
患者住所				
キーパーソン	氏名　　関係			
	住所　　電話番号			
病名				
がん確定診断日	年　　月　　日			
確定診断	□細胞診　□組織診　□画像診断			
手術	□無 ・ □有	術式		年　　月　　日
病名告知	□本人　□キーパーソン　いつ頃（　　）・　□未告知 内容：			
病状告知	□本人　□キーパーソン　いつ頃（　　）・　□未告知 内容：			
予後告知	□本人　□キーパーソン　いつ頃（　　）・　□未告知			
推定予後	□1～2週間　□約1ヶ月　□2～3ヶ月　□6ヶ月未満　□6ヶ月以上			
緩和ケアの説明	□本人　□キーパーソン　いつ頃（　　）・　□未告知 内容：			
急変時の処置	□本人　□キーパーソン □ DNAR確認済　　□ 未説明			
現在の診療状況	□通院　□入院　□在宅診療	PS	□0　□1　□2　□3　□4	
備考				

※受付時間(月～土 9:00～17:30)
※お急ぎの際は、事前にほうせんか病院地域連携部へご連絡をいただけますと幸いです。(直通:072-641-7030)