

緩和ケア病棟・外来面談申し込み(院外医療者記入用)							
ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年齢	() 歳
患者氏名				年 月 日			
患者住所							
キーパーソン	氏名:	続柄:					
連絡先	住所						
	電話番号	自宅:	携帯:				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 入院継続のまま転院 <input type="checkbox"/> 在宅医につなぎ、入院対応はふくやま病院		<input type="checkbox"/> 退院をして、ふくやま病院緩和ケア外来フォロー <input type="checkbox"/> その他()				
病名							
現在の診療形態	<input type="checkbox"/> 通院		<input type="checkbox"/> 入院				
病状告知	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他()		誰に: 分かれれば内容を記入下さい。				
予後告知	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他()						
推定予後	<input type="checkbox"/> 2週以内 <input type="checkbox"/> 2-4週 <input type="checkbox"/> 1-2ヶ月 <input type="checkbox"/> 2-3ヶ月 <input type="checkbox"/> 3-6ヶ月 <input type="checkbox"/> 6-12ヶ月 <input type="checkbox"/> 1年以上						
PS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4						
急変時の処置	<input type="checkbox"/> DNARを説明		誰に: <input type="checkbox"/> 本人に <input type="checkbox"/> キーパーソンに			<input type="checkbox"/> どちらにも未説明	
がん診断確定日	年 月 日			介護保険認定 有 ・ 無			
病室希望	※必ずしもご希望に添えない場合があること、入院後の病室移動の可能性についてご了承ください						
	<input type="checkbox"/> 大部屋 (差額無し)		<input type="checkbox"/> 特別個室(差額11,000円/日)税込		<input type="checkbox"/> 個室(差額8,800円/日)税込		
	※ 空床待ちの対応		<input type="checkbox"/> 早期に入院できるなら、どの病室でも可		<input type="checkbox"/> 希望病室が空くまで待機		
備考							