

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"/> 退院をして、ふくやま病院緩和ケア外来フォロー <input type="checkbox"/> 在宅医につなぎ、入院対応はふくやま病院 <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"/> 個室(差額10,000円/日)税抜 ※ 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						