

緩和ケア内科外来受診申込書(紹介元医療機関記載用)

※診療情報提供書と看護サマリーを添付してお送り下さい

記載日:西暦 年 月 日

ふりがな		性別	年齢	生年月日	大・昭・平・令
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	年 月 日	年 月 日
患者住所	〒 -				電話 () -
主保険	<input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他()				

主病名	確定診断日 年 月 日
-----	-------------

紹介目的	<input type="checkbox"/> 貴院より転院 <input type="checkbox"/> 在宅医診療継続、入院は十三市民病院対応 [かかりつけ医:] ※バックアップは原則在宅医からの依頼をお受けしております。
------	---

推定予後	<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 1~3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 3~6ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 6ヶ月~1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 不明
------	---

がん病名告知	本人 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(年 月頃) キーパーソン <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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(年 月頃)
------	--

緩和ケア病棟への入棟希望	本人 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(年 月頃) キーパーソン <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
------	---

入院保証人連絡先	氏名: 続柄:	家族構成 (家系図) ※本人と同居の方は丸く囲ってください <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)
	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	
---------------	--

病室希望	特別室・個室等料金表 (税込/1日分の料金)	特別室	個室	2人部屋	総室 (4人部屋)
	大阪市・八尾市にお住まいの方	<input type="checkbox"/> 16,500円	<input type="checkbox"/> 11,000円	<input type="checkbox"/> 2,420円	<input type="checkbox"/> 無料
	上記以外にお住まいの方	<input type="checkbox"/> 19,800円	<input type="checkbox"/> 13,200円	<input type="checkbox"/> 2,910円	

※空床待ちの場合 → 早期入院できるならどの病室でもよい 希望部屋が空くまで待機

来院予定者	<input type="checkbox"/> 患者と家族の受診 <input type="checkbox"/> 家族のみの受診 ※家族の氏名(又は続柄) ① ② ③
-------	--

相談状況	<input type="checkbox"/> 当院のみ <input type="checkbox"/> 他院並行 病院又は有床診療所の外来受診継続の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし
------	---

送信者(紹介元)	医療機関名 担当者氏名 住所(〒 -) 電話番号:() - FAX:() -
----------	---