

緩和ケア申込書および判定書

受付日： 年 月 日

受付者：

フリガナ			生年月日	() 歳		
患者氏名	様 男・女		M・T・S・H	年 月 日		
患者住所	(〒 -)		☎ ()			
* 御手数ですが、マンション名などは省略せずにご記入ください						
連絡先①	住所	自宅	☎ ()			
			携帯	☎ ()		
	続柄	様 (歳)	勤務先	☎ ()		
連絡先②	住所	自宅	☎ ()			
			携帯	☎ ()		
	続柄	様 (歳)	勤務先	☎ ()		
医療費区分	国保・社保・後期高齢・老医・障医・特疾・生保・他()			本人・家族		
介護保険	要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・未申請・申請中・非該当					
診断名					告知	未・済
現在の生活場所	在宅 ・ 入院 (病院 年 月 日～)					
病歴 今までにかかった病気などをご記入ください。 例 50歳：高血圧	趣味		家族構成			
	性格					
	生活習慣					
緩和ケア病棟来院の意向	本人 (希望 検討中 勧められ仕方なく 拒否 検討を知らない) 家族 (希望 検討中 勧められ仕方なく) 緩和検討中を知らない家族(有 無)					
現在辛そうに思われる事						
病気をどのように受け止めているか						
緩和ケアで希望すること						
備考						
病室希望順位を()に記入	() 総室	() 2人部屋	() 個室			
希望しない部屋は×を記入	(室料差額なし)	(3,300円/日)	(13,200円/日)			
			記入日	年 月 日		

※ 以下は医師が記載

外来日： 年 月 日 時 分

出席家族：

入院判定：可・条件付可 () ・ 不可

延命処置をしないことの確認書の提出

済 ・ 未

判定者

医師

看護師
