

緩和ケア病棟 入院申込書

*ご本人様もしくはご家族様でご記入下さい

◎「緩和ケア病棟をお申し込みされる患者様、ご家族様へ」を読み、内容をご理解いただけましたか。				□はい	
記入日	年	月	日	ご記入者名・続柄	・
フリガナ				生年月日	() 歳
患者様氏名	様 男・女			M・T・S・H	年 月 日
患者様住所	〒 -			☎	()
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・難病・生保・その他 ()				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				
紹介元病院	医療機関名 () () 科 () 先生 担当医療相談員 () 様				
かかりつけ医	医療機関名 () () 科 () 先生				
緩和ケア入院 へのお申し込み 時の状況	□本人、家族とも希望			ご入院時期の ご希望	□入院ベットの調整が付き次第入院したい
	□本人には話していないが、家族が希望する				□すぐの希望でないが緩和ケア入院に向けて 登録をしておきたい
	□転院を主治医から勧められたため				
ご趣味				性格	
生活習慣					
病名や予後等 をどのように 聞かれていますか	診断名： 転移の有無： 有り ・ 無し 予後： 説明を聞かれている方： ご本人 ・ ご家族				
病気をどのよう に受け止めて いるか	ご本人：			ご家族：	
現在辛そうに 思われること	ご本人：			ご家族：	
緩和ケア病棟 にて希望する こと	ご本人：			ご家族：	
◎お申込みを希望される病院とお部屋にチェックをお願い致します。					
□ 第二協立病院			□ 協立記念病院		
部屋希望	□総室（4人部屋）無料			部屋希望	□個室（無料）
	□個室C シャワー・トイレ付き（税込8,800円/日）				□特別室Ⅰ シャワー・トイレ付き（税込8,800円/日）
	□個室D トイレ付き（税込6,600円/日）				□特別室Ⅱ トイレ付き（税込6,600円/日）