

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 氏名	様 (歳)	勤務先	☎ ()	
連絡先②	住所	自宅	☎	()	
			携帯	☎ ()	
	続柄 氏名	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