

緩和ケア病棟入院申込書

医師用

ID:							
申込日	西暦 年 月 日	担当医					
		診療科					
患者氏名		歳	性別	男・女	血液型		
生年月日	M T S H 年 月 日						
病名							
主訴							
感染症	HBs抗原 () HCV抗体 () TPHA ()						
病状の説明内容	患者様						
	ご家族	説明を受けた方の氏名: _____					
緩和ケア病棟入院についての説明内容	患者様						
	ご家族	説明を受けた方の氏名: _____					
予後についての情報 (担当医の予測も含めて)							
患者様・ご家族の状況 <small>例) 介護者が認知症 家族の不安が強い など</small>							
患者様・ご家族が 緩和ケア病棟に期待すること							
治癒を目的とした治療が 行われましたか?		はい	いいえ				
※ 集学的 治療	手術						
	化学療法						
	放射線治療	部位				Gy	
		部位				Gy	
※補完代替療法	免疫療法						
	民間療法						
※ 情報提供書に記載していただいている場合は、省略可							
介護保険申請		した	申請中		していない		
在宅療養の可能性は?		ある			ない		