

記入日	年	月	日	記入者名	職種	部署
-----	---	---	---	------	----	----

●各項目のご記入、該当の□にチェック☑をお願いいたします。

□予約 □変更 □キャンセル (理由他院へ紹介、□その他)						
医療機関名						
連絡先	TEL		FAX			
患者氏名	(ふりがな)		性別	□男 □女		
			生年月日	M・T・S・H	年	月 日
住所	〒		—			
	電話番号 () —					
がん病名/転移	疾患名	転移の有無と部位 □有 () □無				
予後	約	キーパーソン	氏名			
告知に関して	本人へ病名告知	□有 □未告知		家族へ病名告知	□有 □未告知	
	本人へ予後告知	□有 □未告知		家族へ予後告知	□有 □未告知	
面談来院予定者 (当日連絡がとれる連絡先) ※キーパーソンの方は必ず 来院ください	①氏名		続柄		連絡先	
	②氏名		続柄		連絡先	
	③氏名		続柄		連絡先	
紹介元の状況等 ※1) ☑終診の場合	□入院中 □通院 (次回受診日: 月 日) □訪問診療 □終診※1)					
	次の医療機関 () □入院 □通院 □訪問診療					
処置関連 ※2) ※3)	泌尿器科的処置の有無 □有※2) □無		その他処置 □有※3) □無			
	□腎瘻・DJカテーテル交換等がある。継続の場合、泌尿器科的処置は当院では対応できかねます。(処置を継続される場合の医療機関)					
	ご依頼時にお問い合わせ下さい(処置の有無、ステント交換、輸血、透析、ドレーン交換・洗浄、気管切開処置など)					

※当院からお問い合わせさせて頂く場合がございます

面談希望日	□月 AM □火 PM □水 AM □木 AM □どちらでもよい
下記2点、ご確認と☑をお願いいたします	
□緩和面談日前および当日に処方・入院が必要な状況となった際、貴院にてご対応をお願いいたします。	
□患者・ご家族さまへ下記の「面談者の事前ご了承事項」のご説明をお願いいたします。	

面談者の事前 ご了承事項 (☑をお願いします)	□緩和面談とは、緩和ケア病棟に入院するために必要な「登録」を行う為の面談です。
	□緩和面談当日は、診察・処方・入院はできません。
	□緩和ケア病棟入院中は積極的ながん治療(手術・抗がん剤・放射線治療など)、その他医療行為(輸血、気管切開、ドレーン、ステント交換、腎瘻交換など)はできません。 ※がん治療中でも緩和面談は可能です。
	□長期療養はできません。原則、退院調整いたします。
	□緩和面談後「登録」の有効期限は6ヶ月です。(6ヶ月後再面談が必要です)
	□家族のみ緩和面談の場合は自費¥5860となります。

当日持参物品	1. 診療情報提供書 (採血、処方録、画像CD-R、看護マリ) ※無い場合は面談できない事がございます。2. 患者ご本人の健康保険証、その他医療証等 3. 事前問診表 (※事前に記入の上、必ずお持ちください)
--------	--

了承事項・説明事項にチェック☑してから、診療情報提供書(採血、処方録、所見歴など)と一緒にFAXをお願いします