

緩和ケア病棟入院相談依頼書

20 年 月 日

送信先: 広島パークヒル病院 地域医療連携室宛 FAX: 082-274-1322

発信元: _____ 担当者: _____ 連絡先TEL: _____

※入院相談の際には相談依頼書、診療情報提供書、画像検査報告書、血液検査等のFAXをお願いいたします。表紙は不要です。

入院目的	<input type="checkbox"/> 終末期ケア <input type="checkbox"/> 症状マネジメント <input type="checkbox"/> 在宅ケア準備 その他()				
入院希望時期	<input type="checkbox"/> できるだけ早く その他()				
フリガナ 患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月日	大 昭 平	年 月 日	生 (歳)
住 所				キーパーソン	
				続 柄	
健康保険	(割負担)			連絡先TEL	
療養場所	<input type="checkbox"/> 外来中 <input type="checkbox"/> 入院中(病院 病棟) <input type="checkbox"/> 入所中()				
病 名	と 20 年 月 日頃、				病院で診断
転 移	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位:)				
治 療	手 術	20 年 月頃	内容:		
	化学療法	20 年 月頃	内容:		
	放 射 線	20 年 月頃	内容:		
主 訴	<input type="checkbox"/> 痛み(部位 /薬剤名) <input type="checkbox"/> 呼吸困難(酸素: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 吐き気や嘔吐 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 排尿障害 <input type="checkbox"/> 褥創 その他()				
予 後	<input type="checkbox"/> 日単位 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> ()ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上 その他()				
病状・ 予後の 説明	患者	内容:			
	家族	内容:			
	緩和ケア病棟への入院について <input type="checkbox"/> 患者は同意されている <input type="checkbox"/> 家族は同意されている				
病室希望	<input type="checkbox"/> 特別室A(5,500円) <input type="checkbox"/> 特別室B・一般個室(無料) <input type="checkbox"/> 急ぐののでどこでもよい				
移 動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド その他()				
栄 養	<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) その他()				
食事内容	(主食: 副食:) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 絶食				
排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 その他()				
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり()				
問題行動	<input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> せん妄 その他()				
感 染 症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
留意する点、連絡事項、特別な処置やケアなど				家族構成	