

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	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 ・ 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	
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