

緩和ケア病棟入室面談申込書（院外用）		申込日： 年 月 日	
患者氏名：		施設名：	
性別：		診療科：	
生年月日：		申込医：	
住所：		電話番号：	
電話番号：		地域連携室担当者：	
病名	推定予後：		
症状			
治療歴	手術 ・ 放射線 ・ 化学療法 ・ 免疫療法 ・ その他() ・ 未施行		
面談参加	本人参加： あり ・ なし	移動区分： 独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー	
入室目的	心身の苦痛の緩和 ・ 在宅に向けての支援 ・ 終末期ケア レスパイトケア(介護者の一時休養のための入院) ・ その他		
本人への説明	病名について : 済 ・ 未 (理由) 再発・転移について : 済 ・ 未 (理由) 予後について : 済 (期間) ・ 未		
家族への説明	予後について : 済 (期間) ・ 未 病状説明の窓口となる方: 家族 (続柄)、その他()		
在宅療養の希望	あり ・ なし 介護認定申請: 済 (要介護度) ・ 未 ・ 申請中		
患者・家族が緩和ケア病棟に望むこと： 外出・泊 ・ 家族付き添い ・ ペットとの触れ合い ・ 時間制限のない面会 ・ ミスト浴 ・ 飲酒 ・ リハビリ ・ 代替療法の継続 ・ その他()			
現在の処方内容（内服薬、注射、その他）※オーダーまたは紹介状で確認できれば省略可：			
必要な処置（腹腔穿刺、胸腔穿刺など）：			