

# 緩和ケア病棟 入棟面談申込書

公立東濃中部医療センター  
 地域医療連携室宛て  
 TEL:0572-55-2111  
 FAX:0572-55-7776

緩和ケア病棟への転院のご相談は、当院地域医療連携室へご相談いただき、  
 面談申込書・診療情報提供書・看護サマリーをFAXしていただけますと幸いです。

流れ：転院相談(TEL)→情報提供(FAX)→面談・診察→転院日の決定(今後の相談)

※なお、面談は緩和外来受診扱いとなります。入院中の患者様が面談される場合も  
 受診料が発生します。

記入日	R.
記入者	
(職種)	

紹介元 医療機関	病院名			診療科				
	電話番号			FAX				
基本情報	ふりがな					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	氏名						年齢	歳
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日			
	居住地							
保険 種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 前期高齢 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他:					負担割合	割	
	<input type="checkbox"/> 福祉医療 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 母子・父子 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 自立支援					限度額認定証区分:		
各種手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 身体( 級 ) <input type="checkbox"/> 精神 級 <input type="checkbox"/> 療育( )							
介護 保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 認定済 介護度( ) <input type="checkbox"/> 区分変更中 現介護度( )							
	居宅介護支援事務所:			担当ケアマネ:				
	入院前の利用サービス:							
医療介入	<input type="checkbox"/> 訪問診療( ) <input type="checkbox"/> 訪問看護( )							
家族構成		本人           家族 キー パーソン	<input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 病状 <input type="checkbox"/> 予後 <input type="checkbox"/> DNAR同意					
			<input type="checkbox"/> 告知なし(理由)					
			【説明内容】					
			患者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
			<input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 病状 <input type="checkbox"/> 予後 <input type="checkbox"/> DNAR同意					
		【説明内容】						
↑↑家族情報・特記事項↑↑								
キーパーソン		続柄						
診断 情報	診断名						確定診断	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 病理診断 <input type="checkbox"/> 画像診断
	治療歴	<input type="checkbox"/> 手術( ) <input type="checkbox"/> 放射線治療(時期: ) <input type="checkbox"/> 化学療法( )						
	現在のPS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4						
	転移	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 腹膜播種 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし						
	その他疾患 ・ 合併症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 腎障害 <input type="checkbox"/> 心機能低下 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸不全 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 消化管潰瘍 <input type="checkbox"/> 脳・神経疾患: <input type="checkbox"/> 精神疾患:						
	予後予測	<input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> その他:						
	<input type="checkbox"/> 日単位 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 月単位 <input type="checkbox"/> 半年単位 <input type="checkbox"/> 不明							

現在の所在	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 急性期病棟	<input type="checkbox"/> 療養型病床	<input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟	<input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 通院・往診	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 施設入所 (	)			
入棟目的	<input type="checkbox"/> 症状の緩和 (具体的な症状: )						
	<input type="checkbox"/> 終末期ケア <input type="checkbox"/> レスパイトケア <input type="checkbox"/> その他(具体的に: )						
	<input type="checkbox"/> 在宅看取りの準備 <input type="checkbox"/> 施設入所待ち 調整先( )						
希望入院時期	<input type="checkbox"/> すぐに <input type="checkbox"/> 時期をみて <input type="checkbox"/> 未定						
面談	相談者	<input type="checkbox"/> 患者本人のみ <input type="checkbox"/> 患者本人と家族(続柄: )					
		<input type="checkbox"/> 家族のみ (続柄: )					
	面談希望日	第1希望:	月	日	第2希望:	月	日
		<input type="checkbox"/> できるだけ早い日にちであればいつでも良い					
	連絡先	本人携帯電話:		自宅:			
(来院される方)	家族携帯電話:		自宅:				
その他・特記事項							

当院記入欄					
情報確認	認定看護師確認	( )	要確認事項	面談日	
	医師確認	( )	要確認事項	予約・案内	FAX ( )
				受付へ伝達	( )

(MEMO)

面談時メモ

転入院チェック項目					
部屋希望	無料個室 ・ 有料個室(4840円税込) ・ 特室(12100円税込)				
転院日	/ ( )	時間	着	入院時付き添い者:	
				付き添い者連絡先:	
入院時移動方法:	<input type="checkbox"/> 自家用車 【 乗車介助 : 要 ・ 不要 】			移動時医療行為:	
	<input type="checkbox"/> 介護タクシー			<input type="checkbox"/> 点滴 ( IVH ・ CVポート ・ 末梢点滴 ・ 点滴ロック )	
車椅子 ・ リクライニング ・ ストレッチャー	Nrs付き添い	<input type="checkbox"/> 酸素: _____ L/m: ( 経鼻 ・ マスク ・ リザーバーマスク )			
		有 ・ 無	その他:		
チェック : <input type="checkbox"/> 病棟入院日伝達 <input type="checkbox"/> 入院受付伝達 <input type="checkbox"/> 入院パンフレット他書類のお渡し					