

緩和ケア病棟登録申請書

医療法人社団 葵会 AOI国際病院

記入日： 年 月 日

医療機関名：	医師名：
--------	------

フリガナ	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生 年 月 日	M・T S・H	年 月 日 (歳)
患者氏名				

病名：

主訴：

感染症	HBsAg (+ ・ -)	HBsAb (+ ・ -)	HCV (+ ・ -)	TPHA (+ ・ -)
	緑膿菌 (+ ・ - ・ 不明)	MRSA (+ ・ - ・ 不明)	HIV (+ ・ - ・ 不明)	結核の既往 あり ・ なし

病状の説明内容	ご本人	
	ご家族	説明を受けた方の氏名：_____ 続柄 ()
予後	予後予測 (週単位 ・ 1ヵ月 ・ 3ヵ月 ・ 6ヵ月以上) 今後予想される合併症：	

現在、がんに対する積極的治療が行われていますか？ はい ・ いいえ

緩和ケアの対象であると担当医が判断されましたか？ はい ・ いいえ

ご本人	・治癒に向けた積極的治療を望まれていますか？	はい ・ いいえ ・ 不明
	・緩和ケアの導入を望まれていますか？	はい ・ いいえ ・ 不明
	・在宅療養を望まれていますか？	はい ・ いいえ ・ 不明
	・認知機能の低下はありますか？	はい ・ いいえ → (軽度 ・ 中等度 ・ 重度)

ご家族	・治癒に向けた積極的治療を望まれていますか？	はい ・ いいえ
	・緩和ケアの導入を望まれていますか？	はい ・ いいえ
	・在宅療養を望まれていますか？	はい ・ いいえ

今回の申請の目的は 転院 ・ 登録 ・ その他 ()

必要に応じて、個室差額代をお願いすることはできますか？ はい ・ いいえ ・ 応相談

介護保険は申請はされていますか？ なし ・ あり (要支援：1・2 要介護：1・2・3・4・5) 申請/区変中

医師からの説明に際して、窓口となるご家族(キーパーソン)はどなたですか？

氏名：_____ 続柄 ()