

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： 発症時期 年 月 日
 診断時期： 年 月 日

手術： あり なし 部位・術式： 手術年月日：

その他の治療： 化学療法 放射線療法 その他
治療期間は情報提供書に記載をお願いします

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

直近の処置・治療： 輸血 ドレナージ () 留置中 その他

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か月 ・ 3か月 ・ 6か月以上)
 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 ()