

# 緩和ケア外来・緩和ケア病棟入院申込書

●宛先 盛岡友愛病院 地域医療センター 行 FAX: 019-637-2111  
 ●発信者 医療機関名称: TEL:  
 部署及び担当者: FAX:  
 ●申し込み日 令和 年 月 日  外来診察  入院

## 患者基礎情報

※下記項目にご記入いただき、診療情報提供書も添付下さい。

ふりがな							性別	男 ・ 女	
氏名									
生年月日	大正	昭和	平成	令和	年	月	日	年齢	歳
住所	〒						電話番号		
							連絡先		
保険者番号							本人 ・ 家族		
記号・番号									
公費負担者番号							負担割合 ( 割)		
公費受給者番号									
病名							推定予後		
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 ( )								
現在のPS (ECOG)					移動方法	独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー			
※ECOGのPerformance Status (PS) Score 定義 0: 全く問題なく活動できる。 1: 肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。 2: 歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。 3: 限られた自分の身の回りのことしかできない。 4: 全く動けない。									

### 《緩和ケア病棟入院相談希望の方は以下もご記入ください》

面談参加	本人 ・ 家族 ( ) ・ その他 ( )							
医療処置	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 酸素 ㎖/分 ( <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> カメラ)					
	<input type="checkbox"/> シリンジポンプ		<input type="checkbox"/> バルンカテーテル		<input type="checkbox"/> ストーマ ( /日毎交換)			
	<input type="checkbox"/> その他 ( )							
マットレスの種類					食事量			
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室 (5,500円)		<input type="checkbox"/> 多床室					
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							
特記事項								

《 連絡先 》

〒023-0834

岩手県盛岡市永井12地割10番地  
 医療法人友愛会 盛岡友愛病院  
 地域医療センター 緩和ケア担当

TEL: 019-638-2222 (代表)  
 FAX: 019-637-2111 (直通)