

淀川キリスト教病院記載欄		受診歴	有・無	患者番号 ( )
相談日	年 月 日 ( )	面談予約日	年 月 日 ( )	

淀川キリスト教病院 ホスピス・緩和ケア病棟入院相談申込書

記載日：西暦 年 月 日

ふりがな 氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
			生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
住所	〒 ( )			連絡先	電話 携帯	
連絡先①	氏名		年齢	歳	続柄	
	住所				連絡先	電話 携帯
連絡先②	氏名		年齢	歳	続柄	
	住所				連絡先	電話 携帯
診断名					転移	
	診断年月日	年	月	日	推定予後	
治療歴	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
苦痛症状	<input type="checkbox"/> 痛み(部位 ) <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 食量： <input type="checkbox"/> 普通量 <input type="checkbox"/> 普通量の半分 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 1割、 <input type="checkbox"/> 数口程度 <input type="checkbox"/> 全く食べられない <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹部の張り <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 下肢の浮腫 <input type="checkbox"/> 排尿障害 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 認知症状 その他 ( )					
医療処置	<input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 持続皮下注射 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> ウロストミー <input type="checkbox"/> 経鼻胃管カテーテル <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他 ( )					
現在のADL	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 絶食 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ					

患者への説明	病名について	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> 説明していない
	説明していない理由		
患者への説明	再発・転移について	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> 説明していない
	これからの治療について化学療法・免疫療法等はできないことについて		
患者への説明		<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> 説明していない
	DNARについて	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> 説明していない
患者への説明	生命予後について	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> 説明していない
	どのように説明したか	〔 〕	
ホスピス転院について説明し、患者が転院を希望している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
家族への説明	病名について	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> 説明していない
	説明していない理由		
家族への説明	再発・転移について	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> 説明していない
	これからの治療について化学療法・免疫療法等はできないことについて		
家族への説明		<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> 説明していない
	DNARについて	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> 説明していない
家族への説明	生命予後について	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> 説明していない
	どのように説明したか	〔 〕	
今後の過ごし方	<input type="checkbox"/> 症状が緩和すれば一旦自宅へ帰りたい		
	<input type="checkbox"/> できるだけ自宅で過ごしたい		
	<input type="checkbox"/> 病院で過ごしたい		
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 家族と同居	同居家族 ( )
	キーパーソン	(	)
	主な介護者	(	)
当院入院基準説明	患者様・ご家族に下記をご説明ください		
	<input type="checkbox"/> 入院ベッドが準備できるまで、当院に緊急入院はできないことを了承得ている		
	<input type="checkbox"/> 長期入院 (病状が安定しており入院期間が2~3か月を超える場合には、入院継続を再検討することを了承されている)		
その他の情報			
医療機関名称			電話番号
部署名及び担当者			FAX番号

淀川キリスト教病院記載欄
