

緩和ケア短期入院申込書

FAX 送信先 0736-33-5202

医療法人南労会 紀和病院 地域連携室 宛て

依頼日 平成 年 月 日

紹介元医療機関			
機関名称		ご担当医師名	先生
フリガナ		性 別	生 年 月 日
患者氏名		男 ・ 女	明 ・ 大 昭 ・ 平 年 月 日
住 所	〒	連絡先	① ②
診断名			
入院希望日	平成 年 月 日 () ~ 平成 年 月 日 ()		

【ご希望の種別】 ☐ 短期症状コントロール入院 ☐ レスパイト入院

【現在受けておられる治療について】

- ☐ 手術 () ☐ 抗がん剤治療、☐ 放射線治療
☐ 輸血 ☐ 人工呼吸器 ☐ HOT (O₂ 1/分) ☐ CV ルート
☐ その他 ()

【病状認識について】

(ご本人の認識) 病名告知 : ☐ 済 ☐ 未
予後告知 : ☐ 済 ☐ 未

【お困りの症状について】(複数回答可)

- ☐ 痛み ☐ 食欲不振 ☐ 全身倦怠感 ☐ 腹部不快・膨満
☐ 呼吸困難 ☐ 悪心・嘔吐 ☐ 便秘 ☐ 不眠
☐ 混乱、認知機能の低下
☐ その他 ()

【日常生活動作について】

起 居 ☐ 100%起居している ☐ ほとんど起居している
☐ ほとんど座位か横たわっている ☐ ほとんど臥床 ☐ 常に臥床
経口摂取 ☐ 正常 ☐ やや減少 ☐ 減少 ☐ 数口以下 ☐ 経口摂取できず
むくみ ☐ あり ☐ なし 息苦しさ ☐ あり ☐ なし
認知症 ☐ あり ☐ なし 徘徊 ☐ あり ☐ なし

*診療情報提供書(貴院書式)と(前医からの紹介状)を御添付の上、FAX をご送信頂けます
ようお願い申し上げます

医療法人南労会紀和病院 地域連携室
電話. 0736-33-5000