

# 緩和ケア入棟面談申込書 (FAX)

町田市民病院 医療連携室 行

FAX : 042-722-0572

受付日 : 年 月 日

紹介元		診療科	
FAX	- -	電話番号	
紹介医		相談担当者名	
ID		生年月日	T S H 年 月 日
氏名	(男・女)	年齢	歳
住所	〒 -		
電話番号			
病名	# 原発 :	# 転移 :	
予後	<input type="checkbox"/> 1ヶ月未満 (→ AM 緊急枠) <input type="checkbox"/> 1ヶ月以上 (→ PM 待機枠)		

## 入棟基準確認 (当院診療マニュアル:13-2 緩和ケア病棟入棟基準より)

- がん終末期患者であり、紹介時点でがん治療の適応がない、あるいは積極的治療が終了し、BSC (Best Supportive Care) の方針となっている。
- 家族だけでなく、がん患者さんご本人が主治医から病名や病状について説明を受け、上記の状況を理解している。
- がんに伴う苦痛症状があり、専門的な緩和ケアを受けるために、在宅医 (あるいは主治医) より入院が必要と判断されている。

※上記3項目すべてにチェックがない場合、面談予約をお受けできません。

ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上
キーパーソン	氏名 : (続柄 : ) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居の場合の住所 :
※1 来院予定者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄 : ) <input type="checkbox"/> その他 ( )

※1 入棟面談は必ずキーパーソンの同席が必要です。不明な場合、確認の上で電話連絡を依頼してください。

お住まい	<input type="checkbox"/> 入院中 ( ) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )
フォロー医療機関	入棟審査終了後の通院先 :
保険種別	社保・国保、後期高齢者1割・2割・3割、生活保護
予約希望日	① 年 月 日 ( ) ② 年 月 日 ( ) ③ 年 月 日 ( )

## 【その他 (特記事項)】

### 【ご注意】

- 本申込書と診療情報提供書を併せてFAXしてください。
- 診療情報提供書の作成日が2週間以内のものに限ります (2週間超の場合は再作成をお願いします)。
- 入棟基準確認の3項目すべてにチェックがない場合、面談予約をお受けできません。**
- 書類不備の場合は差し戻しとなり、補完後の再提出をお願いする場合があります。
- 当病棟は平日日中の予定入院のみ対応しております。夜間・休日の緊急入院には対応できません。