

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	☐ 1ヶ月未満（→ AM 緊急枠 ） ☐ 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	☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 車椅子 ☐ ベッド上
キーパーソン	氏名： (続柄：) ☐ 同居 ☐ 別居 別居の場合の住所：
※1 来院予定者	☐ 本人 ☐ 家族（続柄：) ☐ その他 ()

※1 入棟面談は原則ご家族の同席が必要です。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	☐ 入院中 () ☐ 在宅 ☐ 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】
1. 本申込書と診療情報提供書を併せてFAXしてください。 2. 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）。 3. 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。 4. 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。 5. 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。