

多根総合病院 緩和医療科面談申込書

申込日 20 年 月 日

紹介元医療機関情報

所在地		医師名	
名称		部署・担当者名	
電話		FAX	

患者さま情報

ふりがな		性別		明・大	年 月 日
患者氏名		男・女	生年月日	昭・平	(歳)
住所	〒				
自宅電話		携帯電話			
病床希望	個室(12,000円/日)・総室(室料なし)・どちらでも・一時的(短期間)であれば個室利用可				

保険情報

医療保険	社保・国保・後期高齢・生保	介護保険	有(要支援____・要介護____)・無・申請中		
ふりがな		続柄		連絡先	自宅
キーパーソン氏名					携帯

患者さま病状

主病名					
病状告知	本人	(済 ・ 未)	未告知の場合の理由、告知予定		
	家族	(済 ・ 未)			
予後告知	本人	(済 ・ 未)	未告知の場合の理由、告知予定		
	家族	(済 ・ 未)			
推定予後	1~2週間 ・ 2~4週間 ・ 1ヶ月程度 ・ 2~3ヶ月 ・ 3~6ヶ月 ・ 6ヶ月以上				
緩和外来受診者	本人 ・ 家族(続柄) ・ その他() 計 名				
DNA R確認	確認済 ・ 未確認 ・ 相談中 ・ その他()				
在宅医	未 ・ 検討中 ・ 依頼済	医療機関名		連絡先	
入院病棟とお支払い	入院中にご本人が受診にされる場合のみご記載ください。 DPC病棟 (貴院様へご請求 ・ 患者さんもしくはご家族へ請求) DPC以外 (入院基本料 _____ 御担当者 _____)				

※患者さんが受診される場合は保険料にてお支払いになります。
患者さんが受診されない場合は面談料として8,800円(税込み)のお支払いになります。

診療情報提供書・検査結果・看護サマリー(入院の場合)を添付の上、地域医療連携室へFAXお願いいたします。

地域医療連携室
FAX:06-6585-2330
2023.10.5