

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		生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)
患者氏名		男・女				
住所	〒					
自宅電話		携帯電話				
保健情報	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	
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	週単位 ・ 1ヶ月程度 ・ 2~3ヶ月 ・ 3~6ヶ月 ・ 6ヶ月以上					
DNA R確認	確認済 ・ 相談中 ・ その他 ()					
在宅医	未 ・ 検討中 ・ 依頼済	医療機関名			連絡先	
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					
緩和外来受診者	本人 ・ 家族(続柄) ・ その他 () 計 名 ※本人が来院される場合 酸素投与(有・無)					
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
2024.10.21