

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			
保険情報	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
2025/6/23