**相模原協同病院　患者総合支援センターFAX：042-713-3127**

**【相模原協同病院緩和ケア病棟入院希望者相談シート】**

**病院名：　　　　　　　　　　　　担当相談員：**

**◎緩和ケア病棟入院希望者相談チェックリスト　　済・未**

|  |
| --- |
| **患者氏名：　　　　　　　年齢：　　　歳 　生年月日：　　　　年　　月　　日** |
| **現在の療養先（病院名含む）：（　　　　　　　　）入院中　　　外来通院中　　在宅療養中** |
| **患者住所：相模原市（　　　）区　　東京都（　　　　　）市　その他（　　　　　　　　）** |
| **保険種別：** |
| **治療経過　　　　　　　　　　　　　　　　　　家族構成**  **（診療情報提供書参照） (キーパーソン:　　　　　　　　　　)**      **痛みの有無：　有　　無　　　部位（　　　　　　　　　　）使用薬剤（　　　　　　　　　　）**  **その他の症状：**  **身体的苦痛に対する緩和治療の効果**  **ADL:**  **意識レベル：**  **経口摂取：**  **せん妄症状：無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**  **主治医の予後予測：**  **主治医からの説明（予後告知を含む）**  **本人へ：**  **家族へ：** |
| **患者の思い　　　　　　　　　　　　　　　　家族の思い** |

|  |
| --- |
| **面談希望日時　　基本的には月～金曜日の午前中（9時～11時30分）**   1. **（　　　　　　　　　　）②（　　　　　　　　　　）③（　　　　　　　　　　）**   **来院者氏名（　　　　　　　　　　　）　　患者との関係（　　　　　　　　　　　　）** |
| **面談日決定　（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　当院記入** |

**＊診療情報提供書を添付してFAXしてください**

**面談日が決定したら担当者にご連絡します　　　　　対応日　　　　　　　対応者**