**緩和ケア相談外来　予約申込書（FAX）**　　熊本地域医療センター

　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送付先： |  | 発信元： |
| 熊本地域医療センター | 病院名 |  |
| 緩和ケア病棟　師長 | 担当者 |  |
| 096 – 363 - 3311 | TEL |  |
| 096 – 362 - 0222 | FAX |  |

＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝

基本事項　　　以下、※の項目はFAXの際は伏字・未記入でお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名（※）・生年月日・保険 |  |
| 来院家族（※）・TEL（※）・続柄 |  |
| 来院予定者（※）・続柄 |  |
| 診断・診断日 |  |
| 術式・手術日 |  |
| 直近の抗がん剤の投与/処方日 |  |

現在の療養場所

|  |  |
| --- | --- |
| ：自宅/施設 | ：入院 ：退院予定（　　月　　日） |

今回ご紹介いただく理由（複数選択可）

|  |  |
| --- | --- |
| ：転院 | ：熊本地域医療センターの外来でフォロー |
| ：紹介元にも定期受診 | ：化学療法も継続 |
| ：訪問診療のバックベッド | 在宅の病院名/診療所名： |

上記の紹介理由の説明

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（※）・続柄 |  |
| 説明文言 |  |

おおよその予後の説明

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（※）・続柄 |  |
| 説明文言 |  |

症状・PS・日常生活

|  |  |
| --- | --- |
| 症状 |  |
| PS・介護認定 | 0 ,　 1 ,　 2 ,　 3 ,　 4 ・ 介護認定（　　　　） |
| 食事 | 一人でできる  介助が必要 |
| 排泄 | 一人でできる  介助が必要 |
| 入浴 | 一人でできる  介助が必要 |