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