

成田記念病院 紹介受診者申込書
(地域医療連携室 FAX:0532-31-2279 TEL:0532-31-2528)

申込日 年 月 日

①紹介元医療機関 様

貴院名

ご担当医

TEL

FAX

②患者様情報

フリガナ				性別	住所	〒	
氏名	(旧姓:)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 歳	連絡先		(固定)	()	-
					(携帯)	()	-
保険者番号		記号		番号			
負担	割	区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	有効期限	年	月	日
公費		受給者番号		有効期限	年	月	日

③外来診察 ●緩和ケア希望の場合は紹介状、アンケート、連絡票のFAXも必要です。

<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 腎・糖尿科	<input type="checkbox"/> リウマチ科
<input type="checkbox"/> 外科(乳腺含む)	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 麻酔科(ペイン)	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科	<input type="checkbox"/> 緩和ケア
<input type="checkbox"/> その他 () ※診療科により当院でのお受け入れが困難な場合もございます。					
★医師希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (医師)				

④高度医療機器利用 (PET-CT、陽子線治療科、ハイパーサーミアは別申込書となります)

CT	撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影
	部位	<input type="checkbox"/> 頭部(脳) <input type="checkbox"/> 胸部(肺・縦隔) <input type="checkbox"/> 上腹部(肝臓～腎臓) <input type="checkbox"/> 下腹部(骨盤部) <input type="checkbox"/> 上下腹部(肝臓～骨盤部) <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> その他 ()
MRI	撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 (<input type="checkbox"/> 3.0Tを希望する…別紙金属チェックリストを送信します)
	部位	<input type="checkbox"/> 頭部(※VSRAD <input type="checkbox"/> 要) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ()
核医学	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ (<input type="checkbox"/> IMP <input type="checkbox"/> ECD) <input type="checkbox"/> ダットスキャン <input type="checkbox"/> その他 ()	
上部消化管内視鏡	<input type="checkbox"/> 経口内視鏡 <input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡	
その他	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> その他 ()	
★造影検査をご希望の際は採血日とクレアチニン値をご記載下さい。 (採血日: 年 月 日 Cre値:) ※採血は検査の3ヶ月以内実施しているものに限り		

⑤日時希望

<input type="checkbox"/> 希望なし (当院の診療体制に委ねる)
<input type="checkbox"/> 希望あり (<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM 日程希望:)

⑥症状、その他特記事項等

<input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書を参考	(歯科依頼用記入欄) <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 治療
	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%);"> 部位 _____ </div> </div>

⑥緩和ケア病棟に入院した場合のご希望の病室をお聞かせください。ただし、病室の空き状況で、ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。

- 有料個室を希望 (11,000 円/日 6,600 円/日 [税込み])
- まだ決めていない 説明を受けてから決めたい

⑦症状が落ち着いたら自宅での療養を希望されますか？

- 自宅療養希望
- まだ決めていない
- 施設入所希望
- 元々施設に入所していた
- 住環境に問題があり、自宅療養は難しい
- 介護できる者がおらず (または介護力不十分)、自宅療養は難しい

心身の状態について

⑧気になる身体症状は何ですか？ (該当するものすべてに☑)

- 痛み (部位 _____) 息切れ 息苦しい せきが出る
- 吐気 嘔吐 お腹の張り 便秘 下痢 食欲不振 むくみ だるさ
- しびれ 不眠 治療による副作用に悩んでいる その他 [_____]

⑨こころの状態について (2 週間前より続いているものすべてに☑)

- 不安感がある
- 気分が沈んで憂うつに思う
- 悲しいと思う時間が一日の半分以上ある
- 普段よりも自分を責めがちである
- 心が落ち着かない
- 怒りを感じていることがある
- 何にも価値を感じられなくなっている
- 自殺について頻繁に考えている
- その他 [_____]

療養に伴う社会的支援・その他

⑩介護保険の要支援・要介護認定を受けていますか？

- 受けていない
- 新規申請中 (申請日 _____ 月 _____ 日)
- 区分変更申請中 (申請日 _____ 月 _____ 日)
- 受けている (要支援 1 要支援 2 要介護 1 要介護 2 要介護 3 要介護 4 要介護 5)

※受けていると答えた方は、以下の項目にも記入をお願いいたします。

ケアマネジャー氏名		事業所名	
利用中のサービス			

⑪身体障害者手帳はお持ちですか？

- なし
- あり _____ 級 取得年 S・H・R 年 *ありと答えた方は、以下の項目にも☑
 (肢体 心臓 呼吸器 腎臓 膀胱・直腸 小腸 視覚 聴覚 音声・言語 免疫 肝臓)

成田記念病院 緩和ケア患者紹介連絡票

記入者 (Ns ・ Dr) / 記入日 年 月 日

フリガナ 患者氏名	様		生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)
家族構成	キーパーソン 氏名・連絡先		様 (続柄)	
	① ()		-	
	② ()		-	
患者の所在	<input type="checkbox"/> 入院中 (病棟) 退院の予定 (月 日) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()			
社会的問題等	家族に関する問題	<input type="checkbox"/> 家族関係に問題あり <input type="checkbox"/> 家族の協力が得られない		
	キーパーソンについて	<input type="checkbox"/> 身元引受人としての遂行能力に問題あり <input type="checkbox"/> 家族以外の方がキーパーソンである		
	経済状況に関する問題	<input type="checkbox"/> 医療費の支払いに不安あり <input type="checkbox"/> 生活費の不安あり <input type="checkbox"/> 金銭管理上の問題あり <input type="checkbox"/> 生活保護受給者		
	その他特記事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
病状等の説明	患者に対して	病名	<input type="checkbox"/> 済 (年 月頃) ・ <input type="checkbox"/> 未	
		病状	<input type="checkbox"/> 済 (年 月頃) ・ <input type="checkbox"/> 未	
	キーパーソンに対して	病状 (予後を含め)	<input type="checkbox"/> 済 (期間) ・ <input type="checkbox"/> 未	
		急変の可能性	<input type="checkbox"/> 済 (年 月頃) ・ <input type="checkbox"/> 未	

ADL等

食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 経管栄養
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> きざみ食	<input type="checkbox"/> 粥食	<input type="checkbox"/> 流動食	<input type="checkbox"/> その他 ()
嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 時々問題あり	<input type="checkbox"/> 問題あり		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
排尿	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル
排便	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> 便器	
移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車イス	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
座位保持	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 支えがあれば可	<input type="checkbox"/> 不可		
立位保持	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 支えがあれば可	<input type="checkbox"/> 不可		
清潔	<input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> 一般入浴	<input type="checkbox"/> 特殊浴	
	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
身体状況	肢体障害・麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (右上肢・左上肢・右下肢・左下肢)		
	言語障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()		
	聴覚障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()		
	視覚障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()		
精神・神経状況	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 健忘	<input type="checkbox"/> 失見当識	<input type="checkbox"/> 失語	<input type="checkbox"/> 失認
	<input type="checkbox"/> 失行	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 自発性低下	<input type="checkbox"/> 傾眠
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 睡眠障害	<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力	<input type="checkbox"/> 興奮・易怒的
	<input type="checkbox"/> 介護抵抗・拒否	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 依存症 (アルコール・ギャンブル)	
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
医療処置	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 点滴管理 (<input type="checkbox"/> 末梢・ <input type="checkbox"/> 皮下・ <input type="checkbox"/> 中心静脈)		<input type="checkbox"/> 酸素療養	ℓ/分 <input type="checkbox"/> 気管切開
	<input type="checkbox"/> 吸引 回/日	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 腎瘻 (<input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右)		<input type="checkbox"/> ストーマケア
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位)				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
感染症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (菌名)	検出部位 ()		
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 伝えられる	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 伝えられない		
介護者の指示	<input type="checkbox"/> 通じる	<input type="checkbox"/> 時々通じる	<input type="checkbox"/> 通じない		