

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 蔡	連絡先	(固定)	()	-	
			(携帯)	()	-	
保険種別	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他()				負担割合	割
公費種別	<input type="checkbox"/> こども医療 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 母子父子 <input type="checkbox"/> 特定疾患				<input type="checkbox"/> その他()	

③外來診察

●緩和ケア希望の場合は診療情報提供書、アンケート、連絡票を併せてFAXしてください。

- 消化器内科 呼吸器内科 循環器内科 脳神経内科 腎・糖尿病 リウマチ科
 外科（乳腺含む） 整形外科 形成外科 脳神経外科 泌尿器科
 耳鼻咽喉科 眼科 麻酔科（ペイン） 歯科口腔外科 放射線治療科 緩和ケア
 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

なし 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。）

	撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影
C T	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()
M R I	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"/> M R C P <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"/> I M P <input type="checkbox"/> E C D) <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ください。

(採血日： 年 月 日 Cre 値：) ※採血は検査の3ヶ月以内に実施しているものに限ります。

⑤日時希望

- 希望なし (当院の診療体制に委ねる)
希望あり (AM 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"/> 拔歯 <input type="checkbox"/> 治療 |
| 部位 _____ _____ | |

成田記念病院 緩和ケアアンケート

- ◆この書類は、アンケート形式になっています。該当する項目に☑をお願いいたします。
また『その他』の項目に☑された場合は、具体的な理由をご記入ください。
 - ◆⑯の項目に限りご家族（キーパーソン）の方への質問です。ご協力をお願い申し上げます。

患者氏名		記入者		続柄	
------	--	-----	--	----	--

受診に際して

- ①当日はどなたが受診をされますか？

ご本人様とご家族 ご家族のみ

- ②ご家族様がお住まいの市はどちらでしょうか？

受診までの経緯

- ③どのような経緯で当院の緩和ケアを受診されますか？（該当するものすべてに☑）

患者自身の希望 家族の希望 主治医からの勧め 主治医以外のスタッフからの勧め
知人からの勧め その他「_____」

- ④当院の緩和ケアを受診される理由は何ですか？（該当するものすべてに☑）

- 身体的な症状を和らげてほしい
- 精神的な苦痛や不安を和らげてほしい
- 積極的ながん治療を希望しない
- 専門的な緩和ケアを受けたい
- 現在入院中の病院での入院継続が難し
- 現在入院中の病院より療養環境が良い
- 現在入院中の病院より自宅から近いた
- 以前から、状況により緩和ケアを受け
- 主治医に勧められた
- 家族、知人より勧められた
- 迷っているため、話だけ聞きたい
- その他「

緩和ケア病棟への入院について

- ⑤緩和ケア病棟への入院希望はありますか？

入院希望あり（ 至急 病状が悪化した時 頃 希望の個室が空き次第）

できるだけ入院はしたくない

まだ決めていない

迷っている

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願います。

- 有料個室を希望（22,000円/日【1室】 6,600円/日【9室】）
2人部屋(2,200円/日【1室】) 4人部屋(無料)【5室】
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）

⑫限度額適用認定証はお持ちですか？

- なし
- あり（区分 ）
- 申請中
- 不明

⑬医療費の支払い等で、該当するものに☑してください。

- 今は無いが将来的に不安あり
- 経済的に困窮している
- 入院時、入院費用の支払いが滞るおそれあり
- 特になし

⑭病気以外のことについて心配なこと、気がかりなことはありますか？（該当するものすべてに☑）

- 仕事 住まい 介護 子ども 親 配偶者 金銭管理・財産 特になし
- その他 []

ご家族の状況について

⑮ご家族の心身状況等について、該当するものすべてに☑してください。

- （患者さん以外に）あなたが看病、介護している家族がいる
- 最近、大事な人をなくしたばかりである
- （患者さん以外に）あなたの気持ちを理解し、支えてくれる人がいない
- 幼い子どもに病気のことをどのように伝えればよいか悩んでいる
- 患者さんにどのように関わればよいか悩んでいる
- 家族関係、家族のことについて悩みがある
- 家族間の話し合いに満足していない
- 現在、家族が精神的なことで専門的な相談機関に通っている（以前、通っていた）
- 気持ちの面で、相談したいことがある（あるいは話を聴いてほしい）
- その他 []

当院緩和ケアへの要望、初診時に聞きたいこと（ご自由にご記入ください）

ご協力を頂きまして誠にありがとうございました。

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) <input type="checkbox"/> 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 ()			□上記 3 項目に該当無し
病状等の説明	患者に対して	病名	<input type="checkbox"/> 治 (年 月 頃) · <input type="checkbox"/> 未		
		病状	<input type="checkbox"/> 治 (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"/> 治 (期間) · <input type="checkbox"/> 未		
		急変の可能性	<input type="checkbox"/> 治 (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"/> 倦眠
	<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 0/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		