

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		〒		
氏名	(旧姓:)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所			
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 歳 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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外来診療

●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。

<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・糖尿病科	<input type="checkbox"/> リウマチ科
<input type="checkbox"/> 外科(乳腺含む)	<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。)

C T	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 ()				
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"/> 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します。						

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 部 位
---------------------------------------	---

☐ 迷っている

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。

- ☐ 今はな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) 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			
	<input type="checkbox"/> 上記 3 項目に該当無し				
病状等の説明	その他特記事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	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				