

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 :)	☐ 男	住所				
		☐ 女					
生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和	年 月 日 歳	連絡先	(固定)	()	-	
	☐ 平成 ☐ 令和			(携帯)	()	-	
保険種別	☐ 健康保険 ☐ 生活保護 ☐ 交通事故 ☐ 労災 ☐ 自費 ☐ その他 ()					負担割合	割
公費種別	☐ こども医療 ☐ 障がい者 ☐ 母子父子 ☐ 特定疾患 ☐ 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。

☐ 消化器内科	☐ 呼吸器内科	☐ 循環器内科	☐ 脳神経内科	☐ 腎・糖尿病科	☐ 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。)

C T	撮影方法	☐ 単純 ☐ 造影
	部位	☐ 頭部(脳) ☐ 胸部(肺・縦隔) ☐ 上腹部(肝臓～腎臓) ☐ 下腹部(骨盤部) ☐ 上下腹部(肝臓～骨盤部) ☐ インプラント ☐ その他 ()
M R I	撮影方法	☐ 単純 ☐ 造影 (☐ 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	☐ 頭部(※VSRAD ☐ 要) ☐ MRCP ☐ 骨盤 ☐ その他 ()
核医学	☐ 骨シンチ ☐ 脳血流シンチ (☐ IMP ☐ ECD) ☐ ダットスキャン ☐ その他 ()	
上部消化管内視鏡	☐ 経口内視鏡 ☐ 経鼻内視鏡	
その他	☐ マンモグラフィ ☐ 骨塩定量 ☐ 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

☐ 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

☐ 別紙診療情報提供書を参考	(歯科依頼用記入欄) ☐ 抜歯 ☐ 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	☐ 入院中 (病棟) 退院の予定 (月 日) ☐ 自宅 ☐ その他 ()			
社会的問題等	家族に関する問題	☐ 家族関係に問題あり ☐ 家族の協力が得られない		
	キーパーソンについて	☐ 身元引受人としての遂行能力に問題あり ☐ 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	☐ 医療費の支払いに不安あり ☐ 生活費の不安あり ☐ 金銭管理上の問題あり ☐ 生活保護受給者		
	☐ 上記 3 項目に該当無し			
病状等の説明	その他特記事項	☐ 無 ☐ 有 ()		
	患者に対して	病名	☐ 済 (年 月頃) ・ ☐ 未	
		病状	☐ 済 (年 月頃) ・ ☐ 未	
	キーパーソンに対して	病状 (予後を含め)	☐ 済 (期間) ・ ☐ 未	
		急変の可能性	☐ 済 (年 月頃) ・ ☐ 未	

ADL等

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