

院外用 緩和ケア病棟入院依頼書

【患者情報】

【紹介元医療機関情報】

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
疾患名：		
転移： 無 有 ()		

医療機関名	
記入者	
部署名	
連絡先	

1. 現在の状況と今後の予定

現在	今後	外来フォロー
☐ 入院している	☐ 最期まで入院が必要 ☐ 退院が決まっている ☐ 退院を目指している ☐ その他()	☐ 自院外来へ通院 ☐ 近医へ通院 ☐ 訪問診療(手配中を含む) ☐ 鉄道病院の緩和ケアに外来も依頼したい ☐ その他() ※自院での救急受診や緊急入院 ☐ 可 ☐ 不可
☐ 入院していない	☐ 早急に入院希望 ☐ 今後状態悪化時に入院希望 ☐ その他()	☐ 自院外来通院中 ☐ 近医通院中 ☐ 訪問診療中 ☐ なし ☐ その他() ※自院での救急受診や緊急入院 ☐ 可 ☐ 不可

主な症状：☐痛み ☐嘔気 ☐呼吸困難感(酸素使用：有・無) ☐倦怠感 ☐食欲低下 ☐腹水 ☐胸水 ☐浮腫
☐抑うつ ☐その他()

身体自由度：☐歩ける ☐ポータブルトイレ ☐車いす ☐ほとんどベッド上での生活

2. 精神疾患 ☐なし ☐あり(病名：)

※精神科病棟がないため、精神疾患の状態によりお受けできないこと、または転院をおすすめすることがあります。

3. 透析中 ☐はい ☐いいえ ※当院には透析の設備がないため、維持透析の継続はできません。

4. 推定予後(単位： 年/ 月/ 週/ 日/) 必ず記載

予後告知している ☐はい(本人と家族・本人のみ・家族のみ) ☐いいえ

5. 以下の入棟基準をすべて満たしていますか

☐がん(悪性腫瘍)と診断されていること

☐がんの積極的治療(手術・化学療法・放射線治療・免疫療法など)を行う時期でないと診断されていること

☐上記(1, 2)の診断結果を、ご本人・ご家族が理解されていること

☐がんに伴う苦痛があり、自宅での生活が困難で、ご本人・ご家族が入院を希望されていること

☐無理な延命や意図的に命を縮める行為は行わず、緩和ケア(つらさを和らげること)を専門に行う病棟であると理解され、希望されていること

6. ご本人・ご家族が緩和ケア病棟に希望していること

緩和ケア・意向確認シート（ご本人・ご家族用）

大阪鉄道病院

当病棟では、ご本人・ご家族の意向に添った治療・ケアを行うことを大切にしています。そのため、いくつかの状況に対し、あらかじめご意向をお伺いしています。今後変更があれば、いつでもお申し出ください。

記入日 年 月 日	
【患者情報】	
●患者氏名：	様（ 歳） 記入者： （続柄： ）
【病状理解】	
●病名：	転移：□無 □有：有の場合、部位をお書きください（ ）
余命告知：ご本人（□無 □有：有りの場合、どのように聞かれていますか？具体的にお書きください。 （ ） ご家族（□無 □有：有りの場合、どのように聞かれていますか？具体的にお書きください。 （ ）	
●今苦痛と感じている症状を教えてください	
【緩和ケアについて】	
主治医からどのように説明されていますか ご本人： ご家族：	
【希望部屋】 □16500 円個室 □13200 円個室 □3300 円個室 □無料個室	
【緩和ケア病棟を希望した理由・経緯】※複数回答可	
□今の苦痛（疼痛など）症状を緩和してほしい	□ご家族・知人などから勧められた
□苦痛な治療・積極的な治療はしたくない	□ご家族に迷惑をかけたくない
□療養場所の一つとして	□（ご本人・ご家族の）自宅・職場が近い
□現在の病院での入院日数制限がある	□自宅での介護・在宅生活が難しい
□気持ちのつらさを和らげてほしい	□将来、在宅生活が困難となったら入院したい
□現在の病院・医師より転院を勧められた	□家族等の不安などを和らげてほしい
□その他（ ）	
【緩和ケア病棟で何を希望されますか】※複数回答可	
□苦痛（疼痛など）を取り除いてほしい	□静かな環境で過ごしたい
□つらい症状が和らげば、自宅に帰りたい	□心身が落ち着いた時には、外出・外泊をしたい
□病院で最期まで過ごしたい	□好きな物を食べたり、自由に過ごしたい
□さまざまな薬剤やケアを行っても、耐え難い症状がある場合、眠れる薬を使用し、意識を下げて苦痛をやり過ごしたい	
□その他（ ）	
【治療への希望について教えてください】※どちらかにチェックをつけてください	
□がん以外の新たな病気になった場合、その治療を受けたい	
□緩和ケア以外の苦痛を伴う検査や手術はしたくない	
【以下の内容に同意していただける場合、チェックをお願いします。】	
□個人が特定されず、プライバシーが保護されていることを条件に、活動報告や研究報告に公表されてもかまいません	

患者氏名： 様 記入者： （続柄： ）

●ご家族についてお答えください。

1. 家族構成：父・母・兄・姉・弟・妹・配偶者・子供

現在一緒に住んでいる方はどなたですか？（ ）

2. 緊急連絡先

病院から連絡させていただくことがありますので、必ず連絡がつく連絡先（携帯電話など）を優先順位の高い方から記入してください。

氏名	続柄	年齢	居住地（都道府県、市町村）	電話番号	同居の有無
					同居 ・ 別居
					同居 ・ 別居
					同居 ・ 別居

3. 主にお世話される方はどなたですか。

氏名： （続柄： ）

4. 今回の入院で、患者さんと一緒に方向性を考えていただく方はどなたですか。

氏名： （続柄： ）

●ご本人への質問です。

1. 現在、どのようなお仕事をされていますか（または以前にされていたお仕事についてお書きください）。

（ ）

2. 趣味はありますか。（ ）

3. たばこや飲酒などの嗜好品はありますか。 なし ・ あり（ ）

4. ペットは飼っていますか。 飼っていない ・ 飼っている（ ）

5. 食べ物や薬剤のアレルギーはありますか。 なし ・ あり（ ）

6. 入れ歯はありますか。 なし ・ ある（総入れ歯・部分入れ歯） 取り外しは 不可 ・ 可

7. 尿の回数（1日 回 そのうち夜は 回）

8. 便の回数（ 日に1回） 便秘時の対応はどうされていますか。（ ）

9. 信仰している宗教はありますか。 なし ・ ある（ ）

宗教上の習慣はありますか。 なし ・ ある（ ）

10. 心の支えはどなたですか。 氏名（ ） 続柄（ ）

11. 経済的に心配していることはありますか。 なし ・ ある（ ） ・ 相談したい

12. 今までにかかれたご病気・治療について教えてください。

〔	歳：	〕
	歳：	
	歳：	
	歳：	

13. 丸山ワクチンやアガリクスなど民間療法をおこなったことはありますか。 なし ・ ある（ ）

14. 知っておいてほしいこと、要望がありましたらご記入ください。

〔		〕

ご協力ありがとうございました。ご記入いただいた個人情報につきましては、個人情報保護法ならびに個人情報保護に関する規定に基づいて取り扱いさせていただきます。

大阪鉄道病院 緩和ケア病棟 スタッフ一同

保険情報提供書

紹介元医療機関情報	
住 所	
医療機関名	
紹介医師名	先 生
電話番号 ()	
FAX ()	



大阪鉄道病院 地域医療連携室
TEL : (06) 6628-2242
FAX : (06) 6628-4707

フリガナ		男・女	生年 月 日	明 大 昭 平 年	月	日
患者氏名	様				満	歳
住 所	(〒 -)	電話番号 ()				

大阪鉄道病院受診歴							
☐ あり 診察券番号							
☐ なし							
保険者番号							
記号・番号	・						
続 柄	☐ 本人 ・ ☐ 家族						

負担割合 () 割							
一部負担金助成 (☐ 有 ・ ☐ 無)							
公費負担番号							
受給者番号							

- ※ 保険情報は、カルテ作成のため必要となります。
 お手数ですがご記入うえ、FAX送信宜しく願いいたします。
- ※ 原則として、ご家族の方のみの受診とさせていただきます。患者さんご本人が同席を希望される場合は
 事前にお知らせ下さい。
- ※ 面談料金は、5,500円(消費税込)
 注) 但し、患者さんご本人が同席される場合は、保険診療といたします。