

依頼日： 年 月 日 ()

相談依頼者：

受付担当者： ()

(フリガナ) 患者氏名	男・女	当院受診歴： あり・なし
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	ID:
疾患名		
患者住所	〒	
電話番号	()-()-()	※携帯:
家族構成	同居の有無:() キーパーソン:()	
相談内容	・退院後の自宅での生活について ・退院後の施設を検討している ・転院先を探している ・介護保険の申請など ・緩和ケア科に関すること (ひまわり ・ 在宅診療) ・その他 ()	
現在の担当医	病院(入院中・外来通院中)・医院・クリニック 科 Dr 担当MSW: 担当:Ns	
症状・ADL ・これまでの経過 ・現在の状況 ・現在かかっている診療科 ・その他		
疾患の受容	本人:	家族:
告知の有無 (緩和対象者の場合)	本人:	家族:
今後の方針 (希望)	本人 <input type="checkbox"/> 最期まで自宅 <input type="checkbox"/> いずれ入院 家族 <input type="checkbox"/> 最期まで自宅 <input type="checkbox"/> いずれ入院 <input type="checkbox"/> 本人の希望に沿って	
介護保険	利用中:介護度 担当ケアマネ: 申請中:申請日 認定調査:済み(/)・未 予定日(/) 申請未 :申請についての希望 (あり・なし)	
処置内容	<input type="checkbox"/> 胃ろう造設日 年 月 日 バルンorバンパー <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル (Fr) 使用バルン() 次回交換予定 :(/) <input type="checkbox"/> 褥瘡 : 部位 () 処置内容 () <input type="checkbox"/> 在宅酸素 : (L / マスク・カニューラ) ※酸素会社()	