独立行政法人 国立病院機構
近畿中央呼吸器センター

当院処理	PCU面談 ー
	月　日　：

地域医療連携室宛　FAX：072－253－7258

● 診療情報提供書、看護サマリー（入院中の場合）と共に送付ください

緩和ケア病棟面談申込書（医療機関記入用）

【 紹介元医療機関 】　　記入日：　　年　　月　　日

医療機関名：

記入者の部署・職種：

記入者の氏名：

電話番号：

【 患者情報 】

患者氏名（フリガナ）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　性別：男 ・ 女

生年月日：大正　昭和　平成　　年　　月　　日（　　歳）

住所：

傷病名：

①紹介目的

□症状コントロール　□看取り　□レスパイト

②患者の辛い症状

□疼痛　□倦怠感　□呼吸困難　□食思不振　□嘔気・嘔吐　□便秘　□不眠　□不安

□抑うつ　□せん妄　□その他（　　）

③精神症状（ある場合のみ記入）

□抑うつ　□せん妄　□希死念慮　□不眠　□興奮　□認知症　□その他（　　）

④現在の状況

□入院中（□入院継続　□転院予定　□自宅退院予定）

□通院中

⑤病名告知

本人（ 済 ・ 未 ）　告知内容（　　）

家族（ 済 ・ 未 ）　告知内容（　　）

家族の続柄（　　）

⑥推定予後

□1年未満　□半年未満　□3ヶ月未満　□1ヶ月未満　□数日

⑦急変時の対応

本人へのDNAR確認（ 済 ・ 未 ）　確認日：　　年　　月　　日

家族へのDNAR確認（ 済 ・ 未 ）　家族の続柄（　　）　確認日：　　年　　月　　日

地域医療連携室　TEL：072－240－2224