**ホスピス相談依頼書**

* 病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者
* 患者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　・　女　）
* 生年月日　　M・T・S・H　　　年　　　月　　　日　　　　才
* ホスピス相談希望日　＊時間は9時か9時半でお願いしています。
1. 年　　　月　　　　日（　　）
2. 年　　　月　　　　日（　　）
3. 年　　　月　　　　日（　　）
* 現在の状況　　入院治療中　・　外来通院中　・　その他（　　　　　　　　）
* 転帰希望　　　　外来　・　入院（転院）・　在宅　・　未定
* 現在(入院時)のお部屋　　□大部屋　　□個室（差額室料　　　　　　円）
* ホスピス相談に本人の同席　（　有　　無　　不明　）
* DNARについて主治医よりの説明（　済　・　未　）

説明を受けた方（　本人　・　家族　）

* その他　継続医療