

(送り先) 栄光病院 ホスピス地域連携室

(直通) FAX 092-931-2125

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

()

*以下は記入不要

ホスピス相談担当医 (_____ 先生) 連絡日 (/)