

(送り先) 栄光病院 ホスピス地域連携室

(直通) FAX 092-937-0115

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 _____ 2020年 _____ 月 _____ 日 () _____
 - ② _____ 2020年 _____ 月 _____ 日 () _____
 - ③ _____ 2020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
- 入院時室料希望 大部屋 個室(無料)
個室(22000円) 個室(19800円) 個室(16500円)
個室(13200円) 個室(6600円)
*トイレが部屋に (必要 ・ 不要)
- 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 (_____ / _____)