（送り先）栄光病院　ライフサポートセンター

（直通）　FAX　092-931-2125

TEL　092-692-1070

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（　　/　　）