

(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 ( / )