

記入例

診療情報提供書（緩和ケア病棟専用）

FAX番号を間違えずに

申込日(西暦)

年 月 日

送付先: 予約専用

FAX: 079-451-8653

【紹介元情報】

所在地 〒

地方独立行政法人 加古川市民病院機構

加古川中央市民病院

先生

名 称

診療科

医師名

TEL

FAX(必須)

【患者情報】

氏 名	フリガナ	生年月日	西暦	年	月	日()	歳
	男・女 旧姓() ※必ず記載をお願いします。	TEL	自宅 ()	—	携帯 ()	—	—
住 所	〒						
現 状	☐ 外来通院中	当院受診歴	☐ 有	移動方法	☐ 独歩	☐ 車椅子	
	☐ 入院中		☐ 無		☐ ストレッチャー		
予約希望	いつでもよい	予約希望口 ①() ②() ③()	都合の悪い日: (直近2週間程度でご記載ください)				

必ず記入してください

【病状について】※病状については基本的に全ての口チェックが入るようにしてください

☐ がんの終末期である ☐ 積極的治療を行わず緩和治療が中心になることについて了承を得ている
同意を得ている人 ☐ 患者 ☐ 家族等(続柄:)

自由記載:

【予後について】

☐ 1か月未満 ☐ 1か月前後 ☐ それ以上 ☐ 不明

【告知について】

本人に ☐ 病名・病状についてのみ説明済み ☐ 予後を含めて全て ☐ 事情により説明ができていない
☐ その他()

家族等に(続柄) ☐ 病名・病状についてのみ説明済み ☐ 予後を含めて全て
☐ 事情により説明ができていない ☐ その他()

【治療内容について】以下の内容について実施しないことので了承を得ているか

☐ 輸血(基本的に) ☐ 血液浄化 ☐ 延命治療(心臓マッサージや昇圧剤、腎呼吸器管理)

【入院目的】

☐ 当院での看取り ☐ 一時的な症状緩和で退院を目指す ☐ その他()

診断名

紹介内容

(①主訴 ②既往歴 ③家族歴 ④病歴 ⑤症状 ⑥検査所見 ⑦治療経過 ⑧現在の処方 ⑨その他)

※ご記入いただくか紹介状の添付をお願いいたします。(紹介状は当日必ずご持参ください)

改訂: 2025年4月

加古川中央市民病院 予約専用 FAX: 079-451-8653 TEL: 079-451-8651

予約受付時間は平日 月～金 9:00～17:30です。FAXは24時間受け付けておりますが、受付時間外のお申し込みは、原則、翌業務日以降のお返事となります。受付時間内のお申し込みでも、その時の予約状況等によって翌業務日以降のお返事になることがございますので、予めご了承ください。緊急時は必ずお電話をお願いいたします。