

# 緩和ケア外来申込書

※ 相談受付日 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 年 月 日 歳  
住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_  
相談者 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
相談者住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

現在地 \_\_\_\_\_

発病時期 \_\_\_\_\_

簡単な経過・行ってきた治療 \_\_\_\_\_

本人への告知 している ・ していない

余命告知 \_\_\_\_\_ヶ月( 本人 ・ 家族 )

家族構成 (記入例参照)

つらい症状 \_\_\_\_\_

どこで療養し、どのようなケアを受けたいか  
本人 \_\_\_\_\_  
家族 \_\_\_\_\_

現在の状態 : 歩ける ・ 歩けない

食事量 : 病気になる前と比べて \_\_\_\_\_割  
: 経口以外( \_\_\_\_\_ )

往診 : 週 \_\_\_\_\_回( 医院名: \_\_\_\_\_ )

訪問看護 : 週 \_\_\_\_\_回( ステーション名: \_\_\_\_\_ )

その他サービス等: \_\_\_\_\_

※ 予約日 年 月 日 : 受付者 \_\_\_\_\_

※印の部分は当院使用欄になりますので、ご記入頂く必要はありません。

家族構成図 記入例

□…男性 ○…女性 ◎…患者様 塗りつぶし…死亡  
年齢を記入し、同居者を線で囲んでください。

