

【B】

FAX 022-252-1126

公益財団法人 仙台市医療センター 仙台オープン病院

## 緩和ケア病棟入棟相談外来予約申込票

フリカ`ナ		性別	当院受診歴		1 有	2 無	
氏名		男 女	生年 月日	明・大 昭・平	年 月 日 ( 歳)		
患者様情報	住所	〒 - - TEL - -					
	主保険	保 険 者 番 号			記 号 ・ 番 号	1 本人	その他の公費
						2 家族	有 無
	連絡先氏名	住所				関 係	
	TEL - -						
1. 病名							
2. 診断年月日							
3. 診断医療機関							
4. 現在のP S	0	1	2	3	4	下記表を参照してください。	
	PS	状態					
	0	無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく発病前と同等にふるまえる。					
	1	軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、家事や事務などの軽作業や座業はできる。					
	2	歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助がいることもある。軽作業はできないが、日中の50%以上は起居している。					
	3	身の回りのことはある程度できるが、しばしば介助が必要で、日中の50%以上は就床している。					
	4	身の回りのこともできず、常に介助が必要で、終日就床を必要とする。					
5. 認知機能の低下の有無 (有の場合、具体的状況をご記載ください。)	有 ・ 無					具体的状況:	
6. 予後の見通し	(約 : )						
7. 本人への説明内容							
8. 家族への説明内容 (本人との関係: )							

記載医師名 :

\_\_\_\_\_

医療機関名 :

\_\_\_\_\_

医療機関連絡先 :

\_\_\_\_\_