

送信先：市立貝塚病院地域医療連携室 FAX：072-438-5511

**市立貝塚病院 緩和ケア外来(緩和ケア病棟入棟面談)申込書(院外用)**

(ふりがな) 患者氏名：		申 込 日：		令和 年 月 日
性 別：	男 ・ 女	年 齢	歳	医療機関所在地：
生年月日：	T・S・H	年	月 日	医療機関名称：
住 所：				医師氏名：
				部署名及び担当者：
電話番号：				電話番号：
電話番号(携帯)				FAX番号：
病 名	診断年月日：H・R 年 月 日			推定予後：
症 状				
治 療 歴	手術 ・ 放射線 ・ 化学療法 ・ その他 ( ) ・ 未施行			
現在のPS (ECOG)				移動方法：独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー
※ ECOGのPerformance Status (PS) Score 定義 0 全く問題なく活動できる。 発病前と同じ日常生活が制限なく行える。 1 肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。 例：軽い家事、事務作業 2 歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。 日中の50%以上はベッド外で過ごす。 3 限られた自分の身の回りのことしかできない。 日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。 4 全く動けない。 自分の身の回りのことは全くできない。完全にベッドか椅子で過ごす。				
面談参加	本人参加： あり ・ なし			
入院目的	心身の苦痛の緩和 ・ 在宅に向けての支援 ・ 終末期ケア ・ その他 ( )			
本人への説明	病名について	済 ・ 未 (理由 )		
	再発・転移について	済 ・ 未 (理由 )		
	予後について	済 (期間 ) ・ 未		
	特記事項			
家族への説明	予後について	済 (期間 ) ・ 未		
	特記事項			
	病状説明の窓口となる方： 家族 (続柄 )、その他 ( )			
在宅療養の希望	あり ・ なし 介護認定申請 済 (要介護度 ) ・ 未 ・ 申請中			

連絡先：〒597-0015

大阪府貝塚市堀3丁目10番20号  
市立貝塚病院 地域医療連携室

電話番号：072-422-5865 (代表)  
072-438-5522 (直通)

FAX番号：072-438-5511