

送信先：市立貝塚病院地域医療連携室 F A X : 072-438-5511

市立貝塚病院 緩和ケア外来(緩和ケア病棟レスパイト入棟面談)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)				F A X 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
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(レスパイト)
家族から 本人への 説 明	レスパイト入院について	済 ・ 未(理由)		
	特記事項			
在宅療養 の状況				

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)
F A X 番号 : 072-438-5511