

紹介患者診療依頼書（緩和ケア外来受診申込書）

FAX番号：058-232-1499

【FAX送付票】

患者さん同意のもと、この診療依頼書を送ります。予約をお願いいたします。

依頼日： 年 月 日

依頼先	長良医療センター	〒502-8558	岐阜市長良1300-7
紹介元		所属科	
医師名		電話番号： - -	FAX番号： - -

■患者基本情報

外来待ち時間短縮の為、事前にカルテを準備させて頂くための情報です。情報の取り扱いには充分留意いたします。

基本情報	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	患者氏名		年齢	
	生年月日	西暦 年 月 日		
	住所	〒 -		
患者情報	電話番号	自宅： () - / 携帯： () -		
	診断名			
	予後予測	<input type="checkbox"/> 日単位 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 月単位 <input type="checkbox"/> 半年以上 <input type="checkbox"/> 不明		
	病状説明(告知)	本人	<input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 病状 <input type="checkbox"/> 予後 <input type="checkbox"/> DNAR 【説明内容】 <input type="checkbox"/> 告知なし(理由：)	
家族		患者との関係： <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 病状 <input type="checkbox"/> 予後 <input type="checkbox"/> DNAR 【説明内容】 <input type="checkbox"/> 告知なし(理由：)		
入棟目的	<input type="checkbox"/> 症状の緩和(具体的な症状：) <input type="checkbox"/> 終末期ケア <input type="checkbox"/> レスパイトケア <input type="checkbox"/> その他(具体的な内容：) <input type="checkbox"/> エントリー(必要時に備え)			
外来希望日	第1希望日： 第2希望日： <input type="checkbox"/> 最短の外来日を希望			
来院予定者	<input type="checkbox"/> 患者本人のみ <input type="checkbox"/> 患者本人と家族 <input type="checkbox"/> 家族のみ(続柄：) <input type="checkbox"/> その他 ()			

■その他

○外来担当表は、長良医療センターホームページをご利用ください。

URL：<https://nagara.hosp.go.jp/>

○地域医療連携室 受付時間 電話番号：8:30~17:00(平日) FAX番号：058-232-1499

FAXは終日ご送付頂いて結構ですが、受付時間外にいただきましたご予約は、翌平日の朝にお返事致します。

○その他ご不明な点は、地域医療連携室にお問い合わせ下さい。

地域医療連携室 直通：058-232-1597