◇診察・入院・内視鏡検査・RI検査用◇

吹田徳洲会病院　診療申込書　兼　診療情報提供書　**（医療機関専用）**

医療･介護連携室（直）FAX06-6878-5222　TEL06－6878－5221

※本書をFAXしてください。予約票のFAXまたは確認の為のお電話をさせていただきます。

受付時間《平日　月～金　8：30～19：00、土曜日　8：30～12:30》以降の申込みの返信は、原則翌日（土曜日は翌週）となります。

紹介元医療機関　〒

医療機関名

医師名

ＴＥＬ　　ＦＡＸ

☑を入れて下さい　　送信者

患者様氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日生まれ（　才）	男・女
ADL	（□独歩　□車椅子　□ストレッチャー）	住所	〒　-	
受診歴	有（ID：　）・無・不明	TEL		

□診察　**希望診療科　　科　希望医師名　　先生**

＊依頼内容の記入、又は診療情報提供書の添付をお願いいたします。

□別紙参照

R　I

□ 脳血流シンチ（ IMP ・ ECD ）　□ 骨シンチ

□ Datスキャン　□ I-123 MIBGシンチ　□（　）

内視鏡検査　□ 上部　□ 下部　□ 上部 + 下部

→ 検査後の説明　□ 希望する　□ 希望しない

※検査後の説明をご希望の場合は、別途消化器内科の受診予約が必要となります。

消化器内科予約希望日 ①　月　日　②　月　日　③　月　日

予約希望日	希望日 ①　月　日　②　月　日　③　月　日 ご都合の悪い日：　月　日 ④希望なし（依頼日から　２Ｗ　・　３Ｗ　・　１ヵ月以内）

診察の当日には、「予約票」と「診療情報提供書（原本）」をご持参頂いてください。

【※休日・夜間の緊急依頼や転院等は、病院代表番号にお電話ください（代表）TEL06-6878-1110】

2024.12.1作成

記入者名　　記入日　　年　　月　　日

患者氏名　　**様**　　男・女

生年月日　**大正･昭和･平成**　　**年**　　**月**　　**日**　　**歳**　　より聞き取り

面談に来られる方　どちらかに○　居住地	家族構成　男：□　女：○ 同居されている方は囲む
氏名　（　）歳 続柄　同居・別居（　）連絡先①	
氏名　（　）歳 続柄　同居・別居（　）連絡先②	
氏名　（　）歳 続柄　同居・別居（　）連絡先③	

病名　　転移部位

病名・転移部位について　□ご本人も知っている　□ご本人は知らない　□その他（　　）

★病状（病気がどのような状態であるか）について説明を受けた内容をご記入ください。

（ご本人）	いつ　誰から　内容 日頃　から　と、聞いた。
（ご家族）	いつ　誰から　内容 日頃　から　と、聞いた。

★予後（余命・残された時間）・急変の可能性について説明を受けた内容をご記入ください。

（ご本人）	いつ　誰から　内容 日頃　から　と、聞いた。
（ご家族）	いつ　誰から　内容 日頃　から　と、聞いた。

★病名、病状、予後について、ご家族間で情報共有できていますか　□できている　□できていない

★ご本人は緩和ケア病棟への転院を希望していますか　□希望している　□その他（　　）

★具体的にどのような状況のときに入院すると本人と話されていますか（

身体状況について当てはまるものに○。※わかる範囲で。（　　月　　日　頃の様子）

症状	なし　痛み　呼吸がしんどい　だるい　意識障害　眠れない　食欲がない 吐き気　嘔吐　お腹がはる　むくみ　不安・怖い　胸が苦しい　咳が出る　痰が出る 便秘　下痢　その他（　　）
食事	元気な時を10割とすると現在食べられている量は（　　）割程度

その他	◆ご本人が関わられていたこと（お仕事や趣味、好まれていることなど）がありましたら、ご記入ください。
	◆自宅での生活のこと、経済的なこと等で気がかりなことがあれば、ご記入ください。
	◆緩和ケア病棟でどのような事をご希望されますか。具体的なことがあれば、ご記入ください。

医療法人徳洲会　吹田徳洲会病院　2025年 1月　作成