

大阪暁明館病院 緩和ケア科 情報提供シート

保険情報		紹介元医療機関情報	
保険種別		所在地	
記号・番号		名称	
保険者番号		電話・FAX	
公費負担者番号		医師名	
公費負担受給者番号		担当者名	

患者様情報					
患者様 氏名	フリガナ	性別	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)
		男・女			
住所	〒				
自宅電話		携帯電話			
キーパーソン 氏名	フリガナ	続柄	連絡先	(自宅)	
				(携帯)	

主病名					
	患者様病状			大阪暁明館病院記入欄	
PS	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4			0 2.5 4.0	
経口摂取	全量 ・ 半量 ・ 1/3 ・ 0 水分摂取可能 ・ 水分摂取不可			0 1.0 2.5	
呼吸困難	なし ・ 安静時 ・ 労作時			0 3.5	
せん妄	なし ・ あり(時間帯 発症時期)			0 4.0	
浮腫	なし ・ あり(部位)			0 1.0	
緩和外来 受診者	本人 ・ 家族(続柄) ・ その他()				
DNAR確認	確認済 ・ 相談中		身長・体重	cm	kg

上記ご記入いただけましたら、大阪暁明館病院 医療連携課へ診療情報提供書や検査結果等(入院中の場合、看護サマリーもお願い致します。)と共にFAXよろしくお願い申し上げます。

FAX: 06-6466-0382