

大阪暁明館病院 緩和医療科 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)	

患者様病状			
主病名			
病状告知	本人	(告知済・未告知)	未告知の場合、今後の告知予定(有・無)
	家族	(告知済・未告知)	未告知の場合、今後の告知予定(有・無)
予後告知	本人	(告知済・未告知)	未告知の場合、今後の告知予定(有・無)
	家族	(告知済・未告知)	未告知の場合、今後の告知予定(有・無)
緩和外来 受診者	本人・家族(続柄)・その他() 計 名		
DNAR確認	確認済・未確認・相談中・その他()		
外来受診 費用支払	患者様がDPC病棟入院中の場合、もしくはご家族様等のみの場合、¥8,200程度の自費診療となります。 患者様もしくはご家族様にご請求 ・ 貴院様へご請求		

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よろしくお願ひ申し上げます。

FAX: 06-6466-0382