

日の出ヶ丘病院 ホスピス

受診相談から入院までのご案内

受診相談

- 1) 受診相談窓口：医療福祉相談室です。Tel：042-597-1313（直通） 042-597-0811（代表）
- 2) 曜日：月曜日～金曜日（祝・祭日を除く）
- 3) 時間：AM9時～PM5時
- 4) 相談方法：電話または、予約での来院
- 5) 外来・日時：毎週（月）～（金）の午前中
外来受診は完全予約制です。
ご予約の上、必要な資料（下に記載）・保険証を用意して来院下さい。

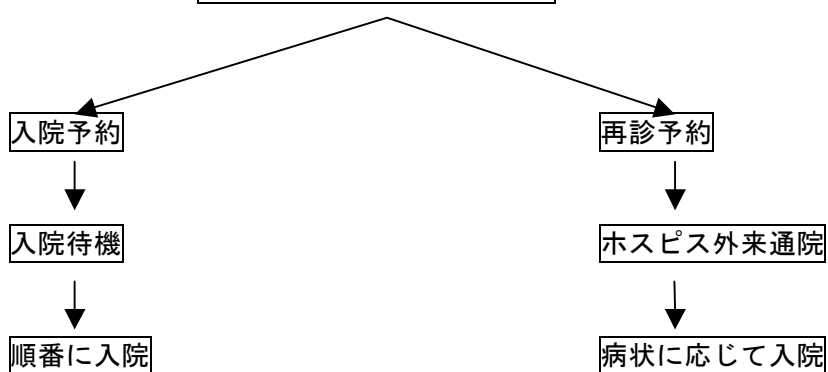
※まずは相談室へお電話にてご相談下さい。ソーシャルワーカーが対応いたします。

入院までの流れ

外来受診

- ※ 外来当日は1時間～1時間半位を予定しています。
- ※ お持ちいただくもの
 - ①診療情報提供書
（所定の書式はありません）
 - ②用紙3枚
（患者様・ご家族記入用紙各1枚、ホスピス外来事前アンケート1枚）
当院ホームページからダウンロードできます。郵送・FAXも可。
 - ③レントゲン・CT等の画像データ。
 - ④保険証。

入院判定（入棟判定委員会）



ご本人の体調が悪くて来院できないときは、病状をよく把握されている方に来院をしていただき、ホスピス外来で担当医師と相談をしていただきます。その際は診察料【自費】として5,000円（消費税別途）を徴収させていただきます。

ホスピスを希望される患者様へ

（ご本人のご記入が困難な場合は、代理の方にご記入をお願いします。）

氏名： _____ 性別： 男 ・ 女 年齢： _____ 歳
 （代理の方のお名前： _____ ）

1) 現在の病気について、どなたからどのようにお聞きですか？

病 名： _____
 どなたから： _____
 病 状： _____

2) ホスピスを希望される理由を教えてください。

- 現在の苦痛を取ってほしい
 苦痛を伴う治療を希望しない
 主治医に勧められたから
 最初からホスピスでの治療を受けようと考えていた
 その他： _____

3) 今つらいことは何ですか？

- | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛み | <input type="checkbox"/> だるさ | <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 吐く |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 痰 | <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 食欲不振 |
| <input type="checkbox"/> お腹が張る | <input type="checkbox"/> むくみ | <input type="checkbox"/> 眠れない | <input type="checkbox"/> 気分が落ち込む |
| <input type="checkbox"/> 不安 | <input type="checkbox"/> その他： _____ | | |

4) 現在の病気についてお聞きになりたいことを教えてください。

- 正確な病名を教えて欲しい
 病状の説明を受けたい
 今後の見通しを知りたい
 苦痛はどの程度とれるか
 ホスピス病棟での治療内容を知りたい
 今受けている治療を続けられるか（民間療法、健康食品、免疫療法など）
 その他： _____

5) 苦痛な症状がとれたら自宅での生活を希望されますか？

- はい いいえ その他： _____

6) その他お聞きになりたいことがありましたらお書き下さい。

ご記入年月日： 年 月 日

ご記入ありがとうございました

ホスピスを希望されるご家族の方へ

患者様の氏名： _____
 記入される方の氏名： _____ 性別： 男 ・ 女 年齢 歳
 住所： _____ 電話： _____
 職業： _____

1) 患者様のご病気について、主治医からどのように説明を受けていますか？

病名： _____

病状： _____

今後の見通し： _____

2) ご家族がホスピスを希望される理由を教えてください。

- 苦痛をとって欲しい
- 苦痛な治療を受けさせたくない
- 最期の時を落ち着いて迎えさせてあげたい
- 患者本人が希望した
- 主治医から勧められた
- その他： _____

3) ご家族が心配されていることがありますか？

- 現在の病状について
- 今後の見通しについて
- ホスピスの治療方針について
- その他： _____

4) 病状が落ち着いたらご自宅での生活を希望されますか？

- はい
- いいえ
- その他： _____

ご記入年月日： 年 月 日

ご記入ありがとうございました。

ホスピス外来事前アンケート

※あらかじめご記入頂き、ホスピス外来時にご持参下さい。入院後の患者様のケアに必要な情報のため可能な範囲でご記入下さい。

患者氏名： _____ 記入者氏名： _____ (続柄 _____)

【ご家族様について】

◆家族構成

氏名	性別	年齢	続柄	同居	住所	連絡先

◆ご家族様の中で中心になる方、主に医師の説明を受ける方

氏名： _____ (続柄 _____)

【患者様について】

◆生活歴

出身地・学歴・職業歴・結婚歴等

◆趣味・好きな事・特技

◆性格

◆宗教

◆入院する部屋の希望 : 4人部屋希望 ・ 個室希望

※病状や空き状況によってはご希望に沿えない場合があります。