

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>薬剤・食物・アルコールなどのアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ (内容：)</p> |
| <p>身体の中に埋め込まれているものはありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>皮下埋め込み型ポート <input type="checkbox"/>心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/>その他 ()</p> |
| <p>今後の療養の場としてどこで過ごしたいですか？ <input type="checkbox"/>自宅 <input type="checkbox"/>一般病棟 <input type="checkbox"/>緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> |
| <p>介護保険の申請はされていますか？ <input type="checkbox"/>いいえ・わからない →今後、介護保険サービスを利用したいと思いますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい→①<input type="checkbox"/>要支援1 <input type="checkbox"/>要支援2 <input type="checkbox"/>要介護1 <input type="checkbox"/>要介護2 <input type="checkbox"/>要介護3 <input type="checkbox"/>要介護4 <input type="checkbox"/>要介護5 ②現在、利用しているサービスはありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ [例) 訪問看護、デイサービス 週〇回など]</p> |

入院を希望される方は、以下の項目にもお答えください

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <p>病室の希望についてお伺いします。希望順を () 内に番号をご記入ください</p> <p>() 大部屋 (4~6人) () 2人部屋 () 個室：何もついていません () 個室：洗面台あり () 個室：トイレ、洗面台あり () 個室：トイレ、洗面台、浴室あり () 個室：トイレ、手洗器、シャワーあり (数が限られています)</p> <p>※必ずしもご希望に添えないこと、また入院後に病室の移動をお願いすることがありますので ご了承ください。</p> | <p>個室料金は各部屋で異なります。 個室料金表をもとに説明いたします。</p> |
| <p>入院の時期をどのようにお考えですか？</p> <p><input type="checkbox"/>できるだけ早く入院したい <input type="checkbox"/>できるだけ今いる所(自宅・病院)にいたい <input type="checkbox"/>症状(痛みや呼吸困難など)が増悪したとき <input type="checkbox"/>歩行が困難になったとき <input type="checkbox"/>食事量が減ったとき <input type="checkbox"/>その他 ()</p> | |
| <p>緩和ケア病棟の入院についてどのように説明を受けましたか？</p> <p>[]</p> | |
| <p>入院に際しての希望がありましたらご記入ください</p> <p>[]</p> | |
| <p>ご家族等の連絡先をご記入ください</p> <p>①家族等(氏名：) (続柄：) (電話番号：) ②家族等(氏名：) (続柄：) (電話番号：)</p> | |

ご協力ありがとうございました。ご不明な点がございましたら、東札幌病院 外来(TEL:812-2311)にご連絡ください。 医療法人 東札幌病院 2014年6月作成 2017年10月改訂 2020年5月改訂