



薬剤・食物・アルコールなどのアレルギーはありますか？ はい いいえ  
 (内容： )

身体の中に埋め込まれているものはありますか？ はい いいえ  
皮下埋め込み型ポート 心臓ペースメーカー その他 ( )

今後の療養の場としてどこで過ごしたいですか？  
自宅 一般病棟 緩和ケア病棟 その他 ( )

介護保険の申請はされていますか？  
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？ はい いいえ  
はい→①要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5  
 ②現在、利用しているサービスはありますか？ はい いいえ  
 [ 例) 訪問看護、デイサービス 週〇回など ]

入院を希望される方は、以下の項目にもお答えください

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

( ) 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)

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。

※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。

入院の時期をどのようにお考えですか？  
できるだけ早く入院したい できるだけ今いる所(自宅・病院)にいたい  
症状(痛みや呼吸困難など)が増悪したとき 歩行が困難になったとき  
食事量が減ったとき その他 ( )

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？  
 [ ]

入院に際しての希望がありましたらご記入ください  
 [ ]

ご家族等の連絡先をご記入ください  
 ①家族等(氏名： ) (続柄： ) (電話番号： )  
 ②家族等(氏名： ) (続柄： ) (電話番号： )

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