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 〕	
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 :)	
マイナ保険証の方は、病院の診療情報取得に同意されますか ☐ はい ☐ いいえ 過去 1 年間に特定健診か高齢者健診は受診しましたか ☐ はい ☐ いいえ ※当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。	
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。 また、必ずしもご希望に添えないこと、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、医療法人 東札幌病院 外来 (TEL : 011-812-2311) にご連絡ください。 2024年8月改訂