

緩和ケア病棟申し込みをお考えのみなさま

緩和ケア病棟とは

緩和ケア病棟は、がんを治すための治療が難しいと判断されたりがんの治療を希望しない患者さんのための病棟です。症状緩和や療養環境の調整を行い、自宅や施設など生活をしている場所にすみやかに退院することを目標としており、長期療養のための病棟ではありません。

緩和ケア病棟の特徴

緩和ケア病棟には入院基準と利用の特徴があります。

- ☐ 患者さん・親族が共に、がんであること、がんを治す事が難しい事を説明されている。
(現在治療中の方は、今後治療が難しくなることを医師から説明されている)
- ☐ がんの診断時に患者さんの意識がないまたは認知機能の低下で理解できない場合は、家族のどなたかを代理意思決定者とする。
- ☐ 認知症の場合でもその場の会話が可能であれば一度はがんであることをお伝えください。緩和ケア病棟では患者さんからの質問には可能な限り嘘なくお答えしています。
- ☐ 患者さん・親族が共に、緩和ケア病棟に申し込むことを希望している。
- ☐ 患者さん・親族が共に、以下のような緩和ケア病棟の特徴を理解している。
 - ☐ 抗がん剤などがんを治す治療は行いません。
 - ☐ 延命のための輸血、薬による血圧の維持、心臓マッサージ、人工呼吸は行いません。
 - ☐ 心拍などのモニター管理は行いません。

【緩和ケア病棟申し込み書類】

必要な資料下記①、②、③を準備していただき（①は患者・家族用）、医療・地域連携課宛に郵送してください。
事前の電話連絡は不要ですが、資料の到着確認は平日日中となりますのであらかじめご了承ください。

①緩和ケア病棟申込書A-①、②（患者さん・親族記載用）

②緩和ケア病棟申込書B（医療者記載用）

* 診療情報提供書に盛り込まれている場合は、✓していただくだけで結構です。

③診療情報提供書

- i) 画像情報（CD-R）
- ii) 血液検査情報（感染症情報含む）
- iii) 現在使用している薬剤情報

〒150-8935

東京都渋谷区広尾4-1-22

日本赤十字社医療センター がん相談支援センター

(代) TEL:03-3400-1311

緩和ケア科入院申込書A-②
(患者・親族記載用)

◆カルテ作成に必要な情報を伺います。

日赤医療センターの診察カード番号（お持ちの方）【 】								
【保険証区分について】 ☐ 3割負担 ☐ 後期高齢1割負担 ☐ 生活保護 ☐ その他（ ）								
【申し込み時の治療状況】 ☐ 抗がん剤治療中 ☐ 抗がん剤治療終了 ☐ その他（ ）								
【申し込み時の療養状況】 ☐ 入院中 ☐ 外来通院中 ☐ 在宅療養中（往診あり） ☐ 在宅療養中（往診なし）								
ふりがな 患者氏名 (旧姓：)					生 年 月 日	年 月 日		男・女
住所	〒 —							
 自宅					 携帯			
キーパーソン	氏名		続柄			日中つながる番号		

*親族やキーパーソンが不在の方はがん相談支援センターまでご相談ください。

◆同居している方を全てお書きください。

氏名		年齢		続柄	
氏名		年齢		続柄	

氏名		年齢		続柄	
氏名		年齢		続柄	

◆上記以外で連絡がとれる主な親族（子ども、兄弟姉妹など）をお書きください。

氏名		年齢		続柄		住所	(都道府県のみ)
氏名		年齢		続柄		住所	(都道府県のみ)
氏名		年齢		続柄		住所	(都道府県のみ)
氏名		年齢		続柄		住所	(都道府県のみ)

◆資料到着後看護師より連絡いたします。ご希望の連絡先にを☑をつけてください

☐自宅 ☐患者携帯 ☐キーパーソン電話 ☐その他（氏名 ☎ ）

◆判定会議の結果を上記住所以外に郵送ご希望方は下記に記載してください。

氏名



緩和ケア病棟申し込みをお考えの医療者のみなさま

緩和ケア病棟申し込み方法

日本赤十字社医療センター緩和ケア病棟では、原則書類のみで判定会議を行っております。面談や外来受診希望の方は判定会議後に予約をお取りしています。まず下記書類を郵送いただきますようお願いいたします。

必要書類

下記資料①、②、③を準備していただき（①は患者・家族用）、医療連携課宛に郵送してください。事前の電話連絡は不要ですが、資料の到着確認は平日日中となりますのであらかじめご了承ください。

①緩和ケア病棟申込書A-①、②（患者さん・親族記載用）

②緩和ケア病棟申込書B（医療者記載用）

* 診療情報提供書に盛り込まれている場合は、✓していただくだけで結構です。

③診療情報提供書

i) 画像情報（CD-R）

ii) 血液検査情報（感染症情報含む）

iii) 現在使用している薬剤情報

〒150-8935

東京都渋谷区広尾4-1-22

日本赤十字社医療センター 医療・地域連携課

TEL: 03-3400-0471(直通)

緩和ケア病棟入院申込書B
(医療者記載用)

患者名 _____
 生年月日 _____ 年 月 日

記載者名
職種

以下について空欄に記載をお願いします。
診療情報提供書に記載されている場合は、☒をしてください。

記載済

☐	1. 本人への説明内容	
☐	2. 親族への説明内容	
☐	3. 予後の見通し	
☐	4. 現在の苦痛症状	
☐	5. 現在のPS	☐ PS0 ☐ PS1 ☐ PS2 ☐ PS3 ☐ PS4
☐	6. 在宅療養の調整	介護保険 ☐ 申請済 ☐ 申請中 ☐ 未申請 訪問診療の導入 ☐ あり ☐ なし ありの場合 訪問診療クリニック名() 訪問看護導入 ☐ あり ☐ なし ありの場合 訪問看護ステーション名() 転院・退院等の担当者名()

ありがとうございました。

緩和ケア初診外来 同意書

日本赤十字社医療センター 院長 様

私（患者様氏名）_____は本同意書を持参しました

（相談者氏名）_____（続柄）_____が

貴センター緩和ケア初診外来を代理で受診するとともに、自費診療となることについて

同意いたします。

年 月 日

生年月日 _____ 年 月 日生

（患者様氏名）_____ 印

※面談の費用は5,500円／30分となります。