緩和ケア病棟入院申込書

ふりがな 患者氏名 （旧姓：　　）			生年月日	年　　月	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

◆ベッドの希望について伺います。

□有料個室希望（　19,800円　・　62,700円　）　　□無料個室希望

無料個室での入院が長くなった場合、有料個室への移動の相談をさせていただくことがありますのでご了承ください。

◆現在の症状について伺います。

・痛み　・息苦しさ　・吐き気　・便秘　・下痢　・食欲がない　・おなかの張り
・むくみ　・口やのどの渇き　・眠れない　・不安　・気分の落ち込み　・咳
・その他（　　）

◆緩和ケア病棟で希望することは何ですか？（ご自由にお書きください）

◆社会資源について伺います

【生活保護】担当　　電話
【介護保険】未申請　　申請中　　取得：介護度
【ケアマネ】施設名　　担当
【訪問診療】施設名　　担当　　訪問回数
【訪問看護】施設名　　担当　　訪問回数

Ver.1.0 2026.6.1