

在宅ホスピス情報提供書 北星ファミリークリニック行 FAX53-2821

記入者 _____

平成 年 月 日記載

氏名			性別	男・女
生年月日	MTSH 年 月 日			
診断名				
紹介理由	本人の希望・家族の希望・あなた（主治医）のすすめ その他（ ）			
希望理由	在宅死の希望・一時的に家で過ごしたい・その他（ ）			
本人への説明内容	病名について	済・未	→具体的に	
	再発・転移について	済・未	→具体的に	
	余命について	済・未	→具体的に	
家族への説明内容	病名について	済・未	→具体的に	
	再発・転移について	済・未	→具体的に	
	余命について	済・未	→具体的に	
認知症	あり・なし	問題行動		
感染症	HBs抗原：陽性・陰性、HBe抗原：陽性・陰性、HCV-Ⅱ抗体：陽性・陰性 HCV-Ⅲ抗体：陽性・陰性、TPHA：陽性・陰性、PRP法：陽性・陰性 HTLV-1抗体：陽性・陰性 血液型： 型Rh（+・-）			
日常生活	食事： 排泄： 歩行： 会話： 精神状態：			
処置	カテーテル類 酸素吸入の有無 有・無 褥瘡の有無 有・無			