

<p>今後の療養の場所としてどこで過ごしたいですか？</p> <p><input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 一般病棟 <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 自宅近くの病院() <input type="checkbox"/> 施設()</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>
<p>今後の病状や検査の結果について説明をお聞きになりたいですか？</p> <p><input type="checkbox"/> 自分で聞きたい <input type="checkbox"/> 家族と一緒に聞きたい <input type="checkbox"/> 自分では聞きたくない <input type="checkbox"/> 家族()だけに説明してほしい</p>
<p>病室の希望についてお伺いします</p> <p>() 入院を希望した時に、早く入院できるのであれば、どの個室でも良い</p> <p>() 特別室 トイレ・冷蔵庫・洗面台・ユニットバス・キッチン・応接セット(日額16,500円)を希望する</p> <p>() 一般個室 トイレ・冷蔵庫・洗面台(日額5,500円)を希望する</p> <p>* 必ずしもご希望に添えないこと、入院後に病室移動をお願いすることがありますのでご了承ください。</p>
<p>緩和ケア病棟では延命処置、蘇生処置は行わない方針となっています。</p> <p>入棟中にいつか迎える最期の時に、人工呼吸や心臓マッサージなどは控えたいと思います。</p> <p>ご同意頂けますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 同意する</p> <p><input type="checkbox"/> 同意できない(希望する対応:)</p>
<p>薬や食べ物などによるアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい → どのような薬・食べ物などでアレルギー症状が出ますか？</p> <p>()</p>
<p>入院判定の結果や入院日時の連絡先はどなたを希望されますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族(氏名:) <input type="checkbox"/> その他(氏名:)</p> <p>電話番号()</p> <p>連絡を避けてほしい曜日・時間()</p>
<p>緩和ケアで希望すること、入院に際しての希望がありましたらご記入ください。</p>
<p>その他、入院にあたり確認したい、知りたい事項がありましたらご記入ください。</p>

ご協力ありがとうございました。

公益財団法人 浅香山病院