

※在宅でのターミナルケアをご希望の方は、下記の情報も併せてご送付下さい。

FAX 092-596-4897	ターミナルケア用 在宅医療依頼書	
	患者ご本人	患者ご家族
【病状説明・告知】 ①進行状況 ②予後 ③急変時の対応	「ホスピス・看取り」についての説明 有・無	「ホスピス・看取り」についての説明 有・無
【受け止め・理解】 ①疾患・予後に関して ②病院指導内容に対して		
【在宅への不安・要望】 ①点滴等医療処置について ②急変時の対応 ③看取りについて ④在宅での希望		
【その他】 ※現在使用している医療器具や必要物品に当てはまる物を記入して下さい。 ①点滴等医療処置について ②急変時の対応 ③看取りについて ④在宅での希望		【その他】