

緩和ケア病棟入棟のための面談受診についての同意書

静岡県立静岡がんセンター病院長様

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

下記につきまして了解いただきましたら、□にチェックをご記入ください。

私は緩和ケア病棟に入棟するため、下記のものに主治医の紹介状、病状に対する資料などを持参させて、静岡県立静岡がんセンターの緩和医療科の医師と面談を受けてもらう事に同意します。

私は緩和ケア病棟が苦痛症状を緩和する事を目的としている病棟であり、積極的な治療は行わない場所であること理解したうえで入棟を希望いたします。

在宅療養中の方へ

緊急時の対応はかかりつけの医療機関での対応になることについて了解致します。

本人

住所 _____

氏名 _____

印 _____

面談者（緩和ケア外来に受診する方）

① 氏名 _____ 続柄（本人からみて） _____

② 氏名 _____ 続柄（本人からみて） _____

③ 氏名 _____ 続柄（本人からみて） _____

④ 氏名 _____ 続柄（本人からみて） _____