

患者氏名 _____ 様

ID: (_____)

＜緩和ケア病棟入院についての説明と同意書＞

1. 緩和ケア病棟への入院を患者・家族ともに希望していることが必要です。
2. 患者が病名を告知され、病状について理解していることが必要です。
3. 苦痛症状を緩和する目的で、必要に応じて医療用麻薬を使用します。
4. 手術・化学療法・ホルモン治療・放射線治療などのがんに対する積極的な治療や、心肺蘇生など延命を目的とした治療は行いません。
5. 上記(4)の治療を希望する場合は、一般病棟か治療可能な病院へ転棟・転院していただきます。
6. 徘徊、自殺企図、暴言・暴力・ハラスメントなどの迷惑行為がある場合、退院していただくことがあります。
7. 苦痛症状が緩和され、病状が安定している場合、入棟後1か月を目安に自宅あるいは施設への一時的な退院をお願いする場合があります。再入院が必要になれば、迅速に対応します。
8. 個室での飲酒・喫煙室での喫煙は、療養を妨げない範囲内で許可していますが、ご家族・お見舞いの方には禁止しています。

西奈良中央病院

説明医師: _____ 印

同席看護師: _____ 印

上記の内容について説明を受け、十分に理解し納得しましたので同意します。

西奈良中央病院 病院長殿

年 月 日

患者	氏名	印
	生年月日	年 月 日
家族 (代理人)	氏名	印
	生年月日	年 月 日
	続柄	

