様式第１号（第５条第１項関係）　　　　　　　　　　　　　　Ｎｏ．

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　茨城県立中央病院長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　相談者職氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属長名：

**臨床倫理コンサルテーション申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **相談内容（ポイント）** | | | |
|  | | | |
| **患者氏名** |  | **患者ＩＤ** |  |
| **年齢** |  | **性別** |  |
| **診断名・病歴等** | | | |
|  | | | |
| **相談に至った理由** | | | |
|  | | | |
| **患者のＱＯＬ** | | | |
|  | | | |
| **患者の意向** | | | |
|  | | | |
| **家族の意向や周囲の状況** | | | |
|  | | | |
| **医療チーム内での意見** | | | |
|  | | | |
| **緊急度** | | | |
|  | | | |

※参考となる資料がある場合は添付してください。