

 **聖霊病院緩和ケア科外来予約申込書**

医療機関名 \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_  
 部署名 \_\_\_\_\_  
 ご担当者様 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 FAX番号 \_\_\_\_\_

ふりがな			当院ID	あり・なし	
患者氏名			ID	□□	-
生年月日	年	月	日	(満才)	
性別			男	・女	
住所	〒 _____				
電話番号	( )	-	緊急連絡先	( )	-

保険者番号		記号・番号	
本人・家族	本人・家族	負担割合	
有効期限	年 月 日 ~	年 月 日まで	(資格取得日 年 月 日)

公費負担医療受給されている場合はご記入下さい。

公費負担者番号		受給者番号	
有効期限	年 月 日 ~	年 月 日まで	備考

※保険証につきましては、コピーを添付して頂ければ、ご記入いただかなくても結構です。

傷病名			
入院の有無	<input type="checkbox"/> 外来(通院中・訪問診療中)	<input type="checkbox"/> 現在入院中	
告知について	<input type="checkbox"/> 告知済	<input type="checkbox"/> 告知未	
ホスピスについて	<input type="checkbox"/> 理解有	<input type="checkbox"/> 理解なし( )	
生命的予後の見込みについて	( ) ~ ( ) カ月	※ 具体的な数値をご記入下さい。	
現在の苦痛症状と対応	.....		
ADL・食事・排泄			
備考			

・紹介状は、お手数ですが必ず事前送付下さいますようお願い申し上げます。

**FAX (052) 832 - 6735      TEL (052) 832 - 1181(内線5316)**