

〈様式1〉

徳島市民病院 緩和ケア相談外来 申込書

私は、徳島市民病院 緩和ケア相談外来の受診を申し込みます。

令和 年 月 日

|         |                         |
|---------|-------------------------|
| 患者氏名・性別 | ふりがな<br><br>( 男 ・ 女 )   |
| 生年月日    | ( 大正・昭和・平成 ) 年 月 日 ( )才 |
| 住 所     |                         |

|         |                                  |
|---------|----------------------------------|
| 来院者氏名   |                                  |
| 患者とのご関係 | 本人 ・ 家族 ( ) ・ 知人                 |
| 来院者の連絡先 | 住所 (TEL )                        |
| 診断名     |                                  |
| 相談希望日   | 第1希望 月 日<br>第2希望 月 日<br>第3希望 月 日 |
| 現在の主治医  | 医療機関の名称<br>診療科 医師氏名              |

緩和ケア相談外来の申し込みには以下の書類が必要です。□をチェックし、ご確認ください。

- 緩和ケア相談外来 申込書
- 診療情報提供書(紹介状)、画像データ等
- 緩和ケア相談外来チェックリスト
- 緩和ケア相談外来同意書 (患者ご本人が来られない場合に必要)

\*\*\*\*\*

病院記載欄

|      |                |
|------|----------------|
| 相談日時 | 月 日 ( 曜日 ) 時 分 |
| 担当医  | 緩和ケア外来 近藤医師    |