

緩和ケア外来申込書

記入日： 年 月 日

緩和ケア病棟では、患者さんやご家族の大切な時をよりよく過ごしていただけるように、ご利用いただく皆さまのご希望にそった医療とケアを提供したいと考えています。

今後の診療に役立てるため、お手数ですが、以下への記載をお願いします。

フリガナ			生年月日 () 歳
患者氏名	男・女	M・T・S・H	年 月 日
患者住所	(〒 -)	TEL - -	携帯番号 (必ず連絡のとれる番号) - -
連絡者氏名			患者との関係
連絡先	(〒 -)	自宅TEL _____	携帯 _____ 勤務先 _____
身体障害者手帳	有・無	(種 級) 申請中	介護保険 要支援 () 要介護 () 未申請 申請中 非該当
※このスペースは自由記載欄です。現在お困りのこと、気がかりなこと、緩和ケアで希望すること、入院に際しての希望など自由にご記入ください。			

ご記入ありがとうございました。下記へ本人署名（代理の方が記入された場合代理人署名）をお願いします。

本人署名 _____

代理人署名 _____