

※当院記入欄

					—					
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

年 月 日

天理よろづ相談所病院 緩和ケア病棟「入院相談外来」予約申込書 (予約申し込みFAX番号 0743-63-6158)

受付時間平日9:00～16:30(土日祝日及び4/1、12/29～1/3を除く)※FAX受信は24時間対応です

診療科

緩和ケア 科

担当医

加藤 恭郎 医師

紹介元医療機関名	登録No ()
所在地	
担当診療科	
医師名	
担当部署	
担当者氏名	
T E L	
FAX(ご予約票送付用)	

患者情報

フリガナ		性別	生年月日								
患者氏名			. . (歳)								
住所	〒 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									TEL	()
貴院の状況	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> その他()										
当院の受診	<input type="checkbox"/> あり(旧姓) <input type="checkbox"/> なし										
添付書類	診療情報提供書、採血データ(時系列)、薬剤情報、画像レポート、看護サマリー 生活の状況についての質問表										

※注意事項

- ① 予約申込書を送信される前に、**必ず医療機関より以下の地域医療連携に連絡**をお願いいたします。
- ② 予約申込後の回答には、2～3日かかることをご了承ください。
- ③ 受付時間外のFAX到着分は、翌平日に対応させていただきます。