

川村病院緩和ケア予約申込書（医療者用）

（入院中 外来通院中）

【依頼日】 年 月 日

【紹介元医療機関および科名】

【連絡先】 TEL :

FAX :

【記載者】

フリガナ 氏 名			性別	(男・女)
生年月日	(T・S・H) 年 月 日	年齢	歳	
患者住所	〒	電話番号	()	
診 断 名				
受診希望	希 望 日 : 月 日 () ・ 月 日 () 緩和ケア病棟見学希望 : <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない (いずれかを選択)			
来院する方	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 本人と家族 <input type="checkbox"/> 家族のみ <input type="checkbox"/> その他 ()			
家族等 連絡先者氏名		続柄		
連 絡 先	自宅 () 携帯 ()			

* 予約日時の変更等は、できるだけ紹介元の医療機関から
ご連絡いただくようお願いします。
ただし、予約日当日の遅延や来院困難の際は、当院の
地域医療連携室にお電話ください。

医療法人社団 秀峰会 川村病院
地域医療連携室
TEL 0545-61-5170
FAX 0545-61-8010

- * 貴施設の保険情報写しを FAX にてお送り下さい。
- * 待機中に緊急入院が必要となった場合、紹介元・かかりつけの医療機関での対応をお願いします。

