

# 川村病院緩和ケア予約申込書（医療者用）

（入院 外来）

【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いたします。  
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

## 川村病院緩和ケア予約票

ID

氏名 様

年 月 日 ( ) 時 分～

\*当日、緩和ケア病棟見学ご希望の場合は、予約時間の30分前までにお越しください。

[受診日の持ち物]

◇紹介状（診療情報提供書）

◇川村病院緩和ケア予約申込書兼予約票

◇緩和ケア病棟入院申込書（患者用）

◇検査（感染症含む）・画像データを入れてください

◇健康保険証（または後期高齢者保険証） ※お持ちの方は、公費受給者証限度額認定証、  
診察券（当院受診歴のある方のみ）

◇現在服用中の薬がある方は『お薬情報』

※受診後判定会にて入院の可否を決定し、後日連絡いたします。

来院当日は、総合受付へお越しください

※緩和ケア病棟の受付ではありません。お間違のないようお願いいたします。

