

〈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 (男 ・ 女)
生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 ()才
住 所	

来院者氏名	
患者とのご関係	本人 ・ 家族 () ・ その他 ()
来院者の連絡先	住所 (TEL)
診断名	
相談内容	1. 入院希望 2. 外来受診 3. その他 ()
相談希望日	第1希望 月 日 時 (14時～16時) 第2希望 月 日 時 (14時～16時) 第3希望 月 日 時 (14時～16時)
現在の主治医	医療機関の名称 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は必要です)

病院記載欄

相談日時	月 日 (曜日) 時 分
担当医	緩和ケア内科 片山 医師
相談場所	2F がんセンター緩和ケア内科 Eブロック