



聖霊病院緩和ケア科外来予約申込書

医療機関名 _____
 所在地 _____
 部署名 _____
 ご担当者様 _____
 電話番号 _____
 F A X 番号 _____

ふりがな 患者様氏名	-----		当院ID	あり・なし
			ID	□□ - □□□□□□ - □
生年月日	M・T・S・H	年 月 日	性別	男・女
患者様住所	〒 —			
患者様電話番号	() —	緊急連絡先	() —	

保険者番号		記号・番号	
本人・家族	本人・家族	負担割合	
有効期限	年 月 日～ 年 月 日まで (資格取得日 年 月 日)		

公費負担医療受給されている場合はご記入下さい。

公費負担者番号		受給者番号	
有効期限	年 月 日～ 年 月 日まで		備考

※保険証につきましては、コピーを添付して頂ければ、ご記入いただくなくても結構です。

傷病名			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来通院	<input type="checkbox"/> 入院	
入院の有無	<input type="checkbox"/> 外来 (通院中・訪問診療中)	<input type="checkbox"/> 現在入院中	
告知について	<input type="checkbox"/> 告知済	<input type="checkbox"/> 告知未	
ホスピスについて	<input type="checkbox"/> 理解有	<input type="checkbox"/> 理解なし ()	
生命的予後の見込みについて	() ～ () カ月	※ 具体的な数値をご記入下さい。	
備考	_____ _____ _____		

・紹介状は、お手数ですが必ず事前送付下さいますようお願い申し上げます。

FAX (052)832-6735

TEL (052)832-1181(内線5316)