

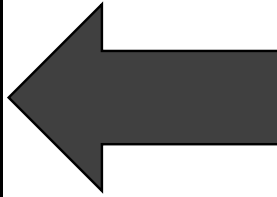
横山記念病院 緩和ケア内科外来予約申込書

医療法人聖真会
横山記念病院 地域連携室

FAX 052-332-1814

TEL 052-332-1811(代表)

平日 8時30分～16時30分



紹介日	年 月 日
医療機関名	
所在地	
TEL	
FAX	
科名・医師名	
手続き担当者名	

※FAXでのご依頼は、24時間受付けていますが、時間外・休診日については、返信が翌平日となりますのでご了承ください。

フリガナ		性別	生年月日	大・昭・平・令	年齢
患者氏名		男・女		年 月 日	歳
住所					
TEL	TEL () -				
当院受診歴	なし ・ あり	当院診察券番号			
家族氏名		続柄	連絡先	TEL () -	

病名					
告知の状況	<input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(誰に:)〕 <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族)				
現在の治療状況	<input type="checkbox"/> がん治療前 <input type="checkbox"/> がん治療中 (<input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> がん治療後 <input type="checkbox"/> BSC <input type="checkbox"/> その他 ()				
入院の有無	<input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 訪問診療中) <input type="checkbox"/> 有 ()				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 症状コントロール <input type="checkbox"/> 症状コントロール含めての入院治療 <input type="checkbox"/> レスパイト入院 <input type="checkbox"/> その他 ()				
受診希望日	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> できるだけ早く <input type="checkbox"/> 月 日 もしくは 月 日				

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ください。

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