

緩和ケア相談外来 患者情報書

年 月 日

協立総合病院
医療福祉サポートセンター 宛

緩和ケア相談外来のご予約をいただきありがとうございます。
下記の枠に「患者様の情報」を記入していただき FAX にて送信をお願いいたします。
※ FAX 到着確認でき次第、「予約確認票」を送付いたします。

連携直通 FAX : **052-654-2155**
連携直通 TEL : 052-652-2157

《紹介元医療機関》

医療機関名	
電話番号	
FAX 番号	
ご担当者様	

《患者様の情報》

フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	
住 所	〒 —		
電話番号	(自宅) — — (携帯) — —		
緩和ケア予約日	月 日 () : ~		