岩手医科大学附属病院　行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

FAX　緩和ケア外来診療申込書（紹介患者専用）

FAX019-611-8071

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診希望日 | 緩和ケア外来受診希望の月日を記載して、希望時間に〇をつけてください。  記載がない場合は、最も早く予約がとれる日時をご案内致します。  ・第１希望：令和　　年　　　月　　　日（月～金）　（9時　10時　11時）  ・第2希望：令和　　年　　　月　　　日（月～金）　（9時　10時　11時）  ・第3希望：令和　　年　　　月　　　日（月～金）　（9時　10時　11時） | | | | | | | | | | | | |
| 紹介目的 | □緩和ケア病棟入院相談  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 当院履歴 | 無　・　有　（　　　　　　　　　　　科）・　不明 | | | | | | | | | | | | |
| 貴院情報 | 医療機関名： | | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地： | | | | | | | | | | | | |
| 電話　　　－　　　－　　　　　　ＦＡＸ　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 患者情報 | ふりがな |  | | | | | |  | | | | | 性別 |
| 患者氏名 | (姓) | | | | | | (名) | | | | | 男・女 |
| 生年月日 | （明･大･昭･平･令）　　　年　　　月　　　日(　　　歳) | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　－ | | | | 電話　　　　－　　　－ | | | | | | | |
| 携帯　　　　－　　　－ | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | 本人・家族（続柄　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 保険情報 | 保険者番号 | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | 本人・家族 |
| 記号・番号 | |  | | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | 老・高 |
| 公費受給者番号 | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | 1割・２割 |
| その他 | | 労災・生保・交通事故・その他の公費（　　　　　　）  **※②～⑤は当日持参でも構い**  **ません**  **※緩和ケア病棟入院相談以外**  **の方は、②③は不要です。** | | | | | | | | | | |
| **必要書類** | **①診療情報提供書（別紙４）・・・・・・・FAX添付をお願い致します。**  **②入棟審査用紙　医師記載用　（別紙5）**  **③緩和ケア病棟アンケート 患者・家族記載用（別紙6）**  **④血液データ**  **⑤画像データ** | | | | | | | | | | | | |
| 備　　考 |  | | | | | | | | | | | | |