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 |  |