

緩和ケア内科の初診を受ける患者さんへ

1. 患者さんご自身について

ふりがな

氏名： _____ 男 女

・ 自宅住所： 〒

・ 自宅電話： ()

・ 職業：(現職、退職)

・ 勤務先 名称：

住所： 〒

勤務先電話： () 勤務先への当センターからの連絡： 可・否

・ 結婚： 既婚、 未婚

・ 宗教：

・ 当センターへの通院手段() 所要時間()

2. 患者さんが信頼できる最も身近な人について

ふりがな

氏名： _____ 男 女

関係： 配偶者、親、子、その他の血縁者（具体的に： _____)

非血縁者（具体的に： _____)

・ 自宅住所： 〒

・ 自宅電話： () 携帯電話： ()

・ 職業：(現職、退職)

・ 勤務先 名称：

住所： 〒

勤務先電話： () 勤務先への当センターからの連絡： 可・否

代理記入者氏名 _____

患者さんご本人とのご関係 ()

3. 希望される病室について

希望する病室にレ点をつけてください。(重複希望可能)

有料個室 (10,800 円)

無料個室