

聖隷横浜病院緩和ケア病棟 入棟相談申込書(患者さん記入用)

記入日 年 月 日

患者さんのお名前		男性 ・ 女性
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日生	
患者さんの住所	〒	
患者さんの電話番号	自宅電話番号:	
	携帯電話番号:	
聖隷横浜病院を受診 したことがありますか	☐ あり →患者番号がわかればご記入ください 番号:	
	☐ なし	

ご家族・身元保証人のお名前		続柄:
ご家族・身元保証人の住所	〒	
ご家族・身元保証人の電話番号	自宅電話番号:	
	携帯電話番号:	
連絡先のご希望 (お選びください)	☐ 患者さんの電話番号	
	☐ ご家族・身元保証人の電話	
患者さんの治療状況と 入棟相談の目的 (お選びください)	☐ がん治療中であるが、将来に備えてあらかじめ面談を依頼したい	
	☐ がん治療はしておらず、症状も落ち着いているが、今後に備えて面談を依頼したい	
	☐ 苦痛症状が強い、または全身状態や食事量が低下してきているので、できるだけ早く入棟したい	
	☐ 訪問診療を受けるため、必要時に入院できる病棟を準備しておきたい	
ご要望やご質問	☐ その他:	