

南生協病院緩和ケア外来予約FAX申込書

申込先

FAX : 052-625-0674

TEL : 052-625-0559

日付 年 月 日

総合病院 南生協病院 相談連携室 宛

〒459-8540 名古屋市緑区大高町平子 36

紹介元名称

所在地

TEL/FAX

科名・医師名

予約手続き担当者

当院受診歴 有 (わかれば当院 ID) ・ 無 ・ 不明

氏名 ・ 性別	男 ・ 女		
フリガナ			
生年月日	M・T・S・H	年	月 日
電話番号	()		
住所			
病名		本人受診	有 ・ 無
現在いる場所	通院 ・ 往診 ・ 入院	院所名	
家族氏名		続柄	
家族連絡先 (携帯電話)			

下記事項にもお答え下さい

- 1、 この一週間で病状は落ち着いていますか？ (はい・いいえ)
- 2、 夜は痛みや苦しさと眠れないことはないですか？ (ない・ある)
- 3、 その他現在の症状を教えてください

外来受診料 5000 円(+税)です

※ ご予約後のキャンセルの際は必ずご連絡いただきます様お願いします

当院記入欄 転帰

連絡日 (/)	キャンセル理由:病状悪化・死亡・他院緩和へ・その他()
-----------	------------------------------