

➡FAX0138-56-2316（別途送付状は不要です）

## 新 患 申 込 書

令和 年 月 日

|          |  |      |  |
|----------|--|------|--|
| 医療機関名:   |  |      |  |
| 担当部署・氏名: |  |      |  |
| TEL:     |  | FAX: |  |

患者氏名 様 生年月日 年 月 日 性別 ☐ 男 ☐ 女

☐ 緩和ケア病棟入院

|      |                              |                              |                             |                               |
|------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 希望病室 | <input type="checkbox"/> 特室A | <input type="checkbox"/> 特室B | <input type="checkbox"/> 一般 | <input type="checkbox"/> 希望無し |
|------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

本人・家族面談希望日時（ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください）

|                  |                  |                  |       |
|------------------|------------------|------------------|-------|
| ・第一希望<br>/ AM・PM | ・第二希望<br>/ AM・PM | ・第三希望<br>/ AM・PM | ・希望無し |
|------------------|------------------|------------------|-------|

☐ 訪問診療

☐ 緩和ケア内科外来受診

|       |                                                             |      |                                                         |
|-------|-------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------|
| 受診希望日 | <input type="checkbox"/> 火曜AM <input type="checkbox"/> 金曜PM | 処方希望 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
|-------|-------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------|

添付書類 ☒

☐ 診療情報提供書

☐ その他特記事項

☐ 血液検査情報

☐ 服薬・注射情報

☐ 保険証

☐ 看護サマリー

（出来次第で構いません）

|  |
|--|
|  |
|--|

受診可能日調整後ご連絡させていただきます。お時間頂く場合もありますのでご了承ください。



函館市の場町 1 9 - 6

医療法人敬仁会 函館おしま病院

TEL 0138-56-2308 FAX 0138-56-2316

<http://www.oshima-hp.or.jp/>