

➡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"/> 特室C	<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 / AM・PM	・第二希望 / AM・PM	・第三希望 / 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"/> 木曜AM	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。



函館市的場町19-6  
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/>