**地域連携専用**

**緩和ケア外来予約申込書・神戸アドベンチスト病院**

地域医療連携室 直通TEL/FAX：**078-981-0233**

**必ず診療情報提供書を添えてFAX送信して下さい。**

**緩和ケア認定看護師が事前に内容を確認致します。**

　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹介元医療機関名： | | | | | |
| 住所（〒　　　　―　　　　　） | | | | | |
| 申し込み担当者　部署： | | | | | 担当者名： |
| TEL番号 | | | | | FAX番号 |
| 【患者様情報】 | | | | | |
| 氏 名  (ふりがな) | （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | 生年月日　　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 住 所 | （〒　　　　－　　　　　）  【例】娘〇〇様の携帯 | | | | |
| 連絡先電話番号 | | ⇒ | | | |
| □ 現在貴院通院中 | | | □ 現在貴院入院中 ⇒ 診察費 □ 貴院保険請求　□ 本人自費請求  （医事課宛文書必要） | | |
| □ 早期にホスピス入院を希望　 □ 将来ホスピス入院に備えてかかりつけ変更希望  □ かかりつけは貴院のまま将来ホスピス入院に備えて受診希望 | | | | | |
| ご希望日  【月・水・木のみ】 | 第一希望　　　月　　　日（　 　） 第二希望　　　月　　　日（　 　）  □ できるだけ早く　□ いつでも可能　□その他（　　　　　　　　　　　　）  【例】妻と実娘 | | | | |
| 来院予定者 | 本人来院予定（ あり・なし ）同席予定者続柄： | | | | |
| 【ご希望・配慮事項等】 | | | | | |
| ≪予約待ち状況≫  □ご紹介元医療機関にて外来待機中　　□ご紹介元医療機関に入院中  □帰宅され連絡待ち　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |