

➡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 _____ 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 / AM・PM	・第二希望 / AM・PM	・第三希望 / AM・PM	・希望無し
------------------	------------------	------------------	-------

介護療養型病床入院

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

看護サマリー

*看護サマリーは、出来次第で構いません

--

FAX受信確認後、受領の返信FAXをさせていただきます。
日程等決まりましたら、担当よりご連絡させていただきます。



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/>