

# 緩和ケア外来 申込書

年 月 日

★★★ 送り先 ★★★

〒035-8601 青森県むつ市小川町一丁目2番8号  
 一部事務組合下北医療センター むつ総合病院 緩和ケア外来  
 地域連携部 行き TEL 0175-22-2111 ( 内線 3352 )

**FAX 0175-23-7718**

紹介元 医療機関名		医師氏名	
住所	〒		
TEL		FAX	
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
患者氏名	様 ( 男・女 )	年 月 日	( 歳 )
住所	〒		
TEL ※いずれかに 必ず記載して ください	ご自宅	( )	《 》
	携帯	( )	《 》
当院診察券番号	※既にお持ちの方のみご記入ください		
疾患名及び 症状 ※必ず記載 してください	【疾患名】  【症状】		
紹介目的及び 症状経過など (ご相談の 具体的内容)			
告知状況	本人への告知 ( 有・無 ) 再発告知 ( 有・無 ) 予後告知 ( 有・無 )		
患者及び家族 への説明内容			
その他 (ご質問・ ご希望等)			