

緩和相談申込書

緩和相談に関する資料の記載内容に同意の上、以下の内容で貴院の緩和相談を申し込みます。

記入日: 令和 年 月 日

患者さんの氏名 (ふりがな)	生年月日 大・昭・平 年 月 日生 (歳)	性別 男・女
相談者氏名(続柄) (ふりがな)	患者住所・電話番号 (〒 -) TEL - -	
(病名)		
医療機関名 _____ 診療科目 _____ 主治医 _____		
ご相談の目的(ご自由にお書きください。別紙に記入しても結構です。)		

【病院記載欄】

相談日時	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分
備考	