

<緩和ケアセンター> 緩和ケア病棟相談外来受診依頼FAX用紙

年 月 日

FAX No : 087-802-1408
送付先：
香川県立中央病院 緩和ケアセンター

医療機関名
医師名
電話番号
FAX番号

フリガナ	性別	生年月日	明・大・昭・平・令		
患者氏名	男・女	旧姓	年	月	日
			年齢		歳

住所 〒

TEL ()

中央病院 の受診歴	有 ・ 無 ・ 不明	紹介元医療機関の状況 (入院中 ・ 通院中)
--------------	------------	--------------------------

受診依頼目的・病名・患者の状態

- がんに対する治療効果が期待できなくなった
- 本人の希望
- 家族の希望
- 症状コントロールのため
- 終末期ケアのため
- その他

患者本人が緩和ケア病棟への入棟を同意されている はい いいえ

紹介状添付資料 CD-R等の有無 有 () 無

備考

FAX受付時間 平日(土日祝・年末年始を除く) 9:00~17:00
緩和ケア病棟相談外来についての詳細を、当院ホームページに掲載しています。ご利用ください。
ホームページトップ→診療科・部門紹介→特殊外来→緩和ケア病棟相談外来

お問い合わせ先：香川県立中央病院 緩和ケアセンター 電話番号：087-811-3333