



(FAX用 紹介医—碧南市民病院)

# 緩和ケア相談外来受診依頼票

年 月 日

碧南市民病院 地域連携室行

TEL0566-48-5050 代表 (内線 2549)

TEL0566-45-2616 直通

FAX0566-46-3774

依頼施設所在地

〒

施設名

医師名

## 1) 依頼方法

依頼票にご記入をお願いします。

診察日 毎週 金曜日 午前中 (完全予約制)

2) 「受診予約票」が届き次第、患者様へ簡単にご説明願います。

TEL ( ) —

3) 当日は診療情報提供書を持参していただく様願います。

FAX ( ) —

氏名			男 ・ 女	住所	〒
生年月日	MTSHR	年	月	日生	TEL ( ) —

依頼内容	身体的苦痛 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載)	精神的苦痛 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載)	社会的苦痛 <input type="checkbox"/> 経済的 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護人 <input type="checkbox"/> 介護用品 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載)	スピリチュアルペイン <input type="checkbox"/> 言動 <input type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載)
	上記以外の依頼はこちらに記載して下さい。			