

## 《 緩和ケア外来申込書 》

年      月      日

患者さま情報	フリガナ			
	氏名	男・女		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日 (      ) 歳
	住所	〒		
	電話番号		携帯電話	
連絡者情報	フリガナ			関係 (続柄)
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号		携帯電話	
現在おかけの 医療機関		施設名		
		電話番号		
現在お困りの事、気がかりな事、緩和ケアで希望する事、質問等ご自由に記載ください。				

※患者さまご自身が記載される場合は連絡者情報（連絡者氏名・連絡者住所等）の記載は不要です。



国際医療福祉大学三田病院  
 〒108-8329 東京都港区三田 1-4-3  
 TEL : 03-3451-8121 FAX : 03-3454-0067