

緩和ケア病棟入院面談

診療情報提供書

紹介先医療機関名
藤枝市立総合病院
緩和ケア科 担当医様

紹介日	令和 年 月 日
医療機関名	
紹介医師名	印
住所 電話・FAX	

ふりがな		年齢	生 年 月 日	性別
氏名		歳	☐ 西暦 ☐ 令和 ☐ 平成 ☐ 昭和 ☐ 大正 年 月 日生	☐ 男 ☐ 女
住所	〒 - TEL - -			
紹介目的	☐ 症状緩和 ☐ その他（ ）			
傷病名				
既往歴 病状経過 現在の処方				
本人・家族への 説明				
当日来院予定者	☐ 本人 ☐ 家族（関係 ）			