諏訪中央病院患者サポートセンター行き
FAX 0266-72-6930

ver1.0

# ご本人・ご親族への質問票

当院緩和ケア科受診にあたり、以下の内容のご記入をお願いいたします。

| ふりがな<br>患者様<br>お名前 | 生年月日<br>年　月　日　歳 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| ご住所 | |
| | |

| | | |
|---|---|---|
| お電話番号 | | 携帯電話 |

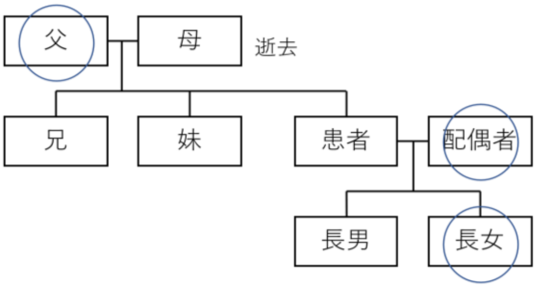
| | |
|---|---|
| ご職業または以前の職業 | |

・病院からご連絡を差し上げる順番を、優先順位の高い方から順にご記入ください。

| | | |
|---|---|---|
| ①お名前 | ご関係 | ご連絡先 |
| ②お名前 | ご関係 | ご連絡先 |
| ③お名前 | ご関係 | ご連絡先 |
| ④お名前 | ご関係 | ご連絡先 |

・ご家族背景を記入例を参考にご記入ください。

記入例




※同居のご親族は〇で囲んでください

ご協力ありがとうございました。

諏訪中央病院緩和ケア科