

成田記念病院 緩和ケア科

初診受診申込と書類のご記入について

当院緩和ケア科受診申込に関する書類は以下のとおりです。

書式 A～D の書類を全て揃えて頂き、当院地域医療連携室に FAX にてお申込みください。なお、書類記載に関する留意点は以下の通りです。ご不明な点がございましたら、当院地域医療連携室までお問い合わせください。

A 診療情報提供書

書式の指定はございません。

B 様式 1 「成田記念病院 紹介受診者申込書」

この書類は貴院スタッフに記入をしていただくものです。当院の緩和ケアを受けるにあたっては、患者さんのご家族等（キーパーソン及び身元引受人となる方）にもその内容等をご理解いただくことが必要です。初診受診時には、ご家族等（キーパーソン及び身元引受人となる方）にも同席いただきますよう、ご協力をお願い申し上げます。やむを得ず患者さんお一人での受診となる場合は、事前に当院地域医療連携室までご連絡ください。

記入後の用紙は、当院地域医療連携室へ FAX 送信してください。

この用紙は郵送していただく必要はありません。

C 様式 2 「成田記念病院 緩和ケアアンケート」

この書類は、患者さんまたはご家族に記入をしていただくものです。記入後の用紙は、当院地域医療連携室へ FAX 送信してください。

この用紙は郵送していただく必要はありません。

D 様式 3 「成田記念病院 緩和ケア患者紹介連絡票」

この書類は貴院の看護師またはご担当医がご記入下さい。社会的問題等により、当院への受診・転院にあたって支障となるような点がございましたら、事前に当院地域医療連携室まで情報提供をお願いいたします。記入後の用紙は、当院地域医療連携室へ FAX 送信してください。この用紙は郵送していただく必要はありません。

社会医療法人 明陽会 成田記念病院 地域医療連携室 (N-MCR)

TEL 0532-31-2528 (直通) FAX 0532-31-2279 (直通)