

# 緩和相談外来についての 問診票

下記の表のあてはまるところに記入または☑をつけてください 記入日:                      年              月              日

フリガナ			
受診者 氏名	男 ・ 女	( T ・ S ・ H ・ R )	
記入者 氏名		生年月日	年      月      日      歳
(受診者との関係) <small>(受診者から見て)</small>	電話(自宅・携帯)		—      —

◎ この度ホスピス緩和を選んだまたは検討されている理由を教えてください。

◎ 当院を受診することになった理由を教えてください

例) 現在、入院している病院から強く奨められたから..... など。

◎ 当院のホスピス緩和に求めるものがあれば教えてください。

例) 安心して過ごせる環境を希望する..... など。

◎ 当院の他に候補に挙げている病院を差しつかなければ教えてください。

- 神奈川県立がんセンター      湘南中央病院      藤沢湘南台病院      鶴巻温泉病院  
伊勢原協同病院      相模原協同病院      川崎市立井田病院      衣笠病院  
その他 (                      )      なし

◎ 緊急時の連絡先

- ①氏名 \_\_\_\_\_ 続柄(              ) 自宅(              ) 携帯(              )  
 ②氏名 \_\_\_\_\_ 続柄(              ) 自宅(              ) 携帯(              )