



日本赤十字社医療センター
Japanese Red Cross Medical Center

緩和ケア相談外来予約申込書（FAX用）

医療連携課 FAX番号：03-3400-0193

※当日のご予約、再診、患者さんからのご予約はお受け出来ません。

日本赤十字社医療センター 医療連携課 行

※紹介状をいただけない場合はご予約がお取りできません。本申込書の太枠内は必須項目です。
紹介状と一緒にFAXしてください。

※FAX確認後は、下部日赤記入欄を記載したうえでFAX返送させていただきます。予約票の発行はございません。

医療機関名	
住所	
医師名	
電話番号	
FAX番号 (申込書返信先)	
ご担当者	

▼患者さんの現在の状況にあてはまるもの1つに☑をつけてください

☐ がんと診断されており、緩和ケア病棟申し込みは希望しないが症状コントロールを必要としている。

☐ がんと診断されており、緩和ケア病棟を勧められているが、申し込みを悩んでいるまたは申し込みできるか相談したい。

☐ がん治療中、治療後に関わらず緩和ケア病棟登録を勧められており希望している
→本外来の受診は不要です。必要書類を郵送し、緩和ケア病棟登録に進んでください。
判定会議後、希望の方には病棟見学や外来受診をご案内いたします。

緩和ケア病棟登録に必要な書類はQRコードをご参照ください。



申込日	月	日	※必ず患者さんが当日持参される紹介状の発行元医療機関からご予約をお申し込みください。										
ふりがな						生年月日	大正 昭和 平成 令和 西暦		年		月		日
患者氏名						性別	男 ・ 女						
※旧姓の記入もお願い致します⇒ 旧姓：				日本語での会話		可 ・ 不可		※日本語不可の場合、英語での会話				可 ・ 不可	
住所	〒		ー					ご連絡先：	☐ ご本人 ・ ☐ その他（ ）				
							自宅Tel						
							携帯Tel						
当センター 受診歴	有 ・ 無 ・ 不明		当センター 診察券番号				来院される方	☐ 患者 ☐ 患者家族 ☐ 家族のみ（家族面談同意書必要）					
備考欄													

事前にお電話での仮予約の有無				無 ・ 有		仮予約「有」の方は仮予約日時を下記にご記入ください。					
第一希望	月	日	☐ 11時00分 ☐ 11時30分	・	第二希望	月	日	☐ 11時00分 ☐ 11時30分	・	最短日でも可能	

★日赤記入欄（以下には記入しないでください）★

○下記のご予約をお取りしました。月 日

月 日 ～ 枠 診察： 緩和ケア 科 緩和ケア相談外来

▼患者さんご家族へお伝えいただきたいこと

※当日は紹介状、保険証、（お持ちならば）診察カードをお持ちになり、予約時間の20分前までに1階①窓口「紹介状受付」までお越しください。本申込書をご持参いただく必要はございません。
※家族のみ来院される場合は、**自費診療**（5500円/30分）となります。また「**家族面談同意書**」（HPよりダウンロード可能）を必ず持参してください。