「院長先生のがん相談・ACP外来」利用申請書

申請日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ相談者氏名 |  | 性別 | 男　　女 |
|  |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住所 |  |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　　　　（携帯№） |
| 相談したい内容 | ※かかりつけ医をお持ちの方は医療機関名をご記入下さい。 |
| 相談希望日 | 第1希望　　令和　　　年　　　月　　　日第2希望　　令和　　　年　　　月　　　日 |

* 相談日は、ご希望に添えない場合がございます。その際は、改めて調整させていただきます。

以下、中津市民病院記載欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 受付方法 | 相談日 | 相談内容 |
|  | 来院FAXメール |  | 外科　内科　その他（　　　　　　　　） |