

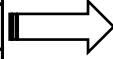
患者相談窓口：相談申込用紙

*ご希望の内容に○印をつけてください。

《相談内容》

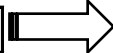
《相談担当者》

<input type="checkbox"/>	退院後の生活
<input type="checkbox"/>	医療費の助成
<input type="checkbox"/>	療養に関する事
<input type="checkbox"/>	施設入所
<input type="checkbox"/>	入院希望



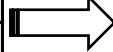
医療ソーシャルワーカー
退院支援看護師

<input type="checkbox"/>	支払い関係
--------------------------	-------



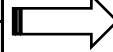
医事課担当者

<input type="checkbox"/>	医療安全に関する事
<input type="checkbox"/>	感染対策に関する事



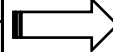
医療安全管理者

<input type="checkbox"/>	他の医療機関の紹介(新規)
<input type="checkbox"/>	受診相談



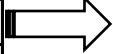
医療ソーシャルワーカー

<input type="checkbox"/>	外来関係(現在・過去)
<input type="checkbox"/>	セカンドオピニオン



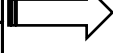
外来看護責任者

<input type="checkbox"/>	入院関係(現在・過去)
<input type="checkbox"/>	病棟名 ()
<input type="checkbox"/>	セカンドオピニオン



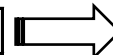
病棟看護責任者

<input type="checkbox"/>	緩和ケアに関する事
<input type="checkbox"/>	人生会議に関する事



緩和ケアチーム

<input type="checkbox"/>	その他
--------------------------	-----



()

ID番号

ふりがな

患者名

(男・女)生年月日

年

月

日生

相談者名

続柄

ご連絡先Tel

受付日

年

月

日

ご相談希望日時

月

日

時頃

お申し込み先

館山病院 患者相談窓口(1階総合受付内)までお気軽にご相談承ります。