

**FAX: 044-788-0594**

〒211-0035

川崎市中原区井田 2-27-1 川崎市立井田病院かわさき総合ケアセンター

緩和ケアコンサルテーション事業 御担当

本日の日付：          年          月          日

ご依頼された先生の情報			
ご芳名			
ご勤務先			
TEL		FAX	
患者さんの情報			
患者識別情報 (ID,イニシャルなど)			
年齢		性別	男・女
ご住所 (市区町までで結構です)			
病名 (原発巣および転移部位)			
病歴および依頼内容			
(症状の場所、性状、持続時間、増悪寛解因子、およびこれまで行った緩和的治療、も可能な範囲でご記入下さい)			
現在の処方 (疼痛に関わるものは投与量も。他は薬品名だけで結構です)			
至急区分			
※概ね 1 週間以内に回答させていただきますが、至急お返事が必要な場合には、上記空欄部分に「至急」とご記入下さい。			