東大阪病院
地域医療連携部　　行

緩和ケア病棟面談申込書

（病院様記載用）

FAX：06-6932-0086

Ver.2.0

家族構成、自宅環境	＜家系図＞ □男性　○女性（本人は二重枠） ■男性（死亡）　●女性（死亡） ※本人と同居の方は丸く囲ってください。 兄弟複数名の場合は年長者から順に。				
	※キーパーソンとなり得る血縁者が不在の場合は下記記入ください 意思決定 □　本人のみ　□　代理意思決定・決定支援者あり（　　） 亡くなられた際の身元引受について（　　）				
	その他：				
備考欄					
送信者	病　院　名				
	部署/氏名				
	TEL・FAX	(TEL)		(FAX)	

2019.1

社会医療法人有隣会　東大阪病院