

家族教室申込書

必要事項をご記入の上、FAX（048-522-1182）にてお送りください。

お電話（048-522-0200 代表）での申し込みも可能です。

《患者氏名》

ふり かな
氏 名

生年月日 _____ 年 月 日（ 歳） 主治医 _____ 医師 _____

《参加希望者》

氏 名 _____ 患者さんとの続柄 _____

氏 名 _____ 患者さんとの続柄 _____

住 所 _____

電話番号 _____

※連絡可能な電話番号を記入してください。

- 連絡時に病院名を出しても良いですか？ 良好い ・ 悪い
- 当院の家族教室に参加したことはありますか？ ある ・ ない
- 匿名での参加を希望しますか？ 希望する ・ 希望しない

☆患者さんのことで下記事項にお答えください☆

初めて精神科にかかったのは何年位前ですか？ _____ 年くらい前

初めて西熊谷病院にかかったのは何年位前ですか？ _____ 年くらい前

精神科に入院したことはありますか？ 入院は何回しましたか？
なし ・ あり（ _____ 回くらい）

最後に入院したのはいつ頃ですか？ またどこの病院ですか？
_____ 年 月頃～ _____ 年 月頃 _____ 病院

現在のご本人は？
外来中 ・ 入院中（ _____ 病棟）

《ご要望等ございましたらご記入ください》

.....
.....
.....

《申込み・お問合せ》
 西熊谷病院 医療社会福祉相談室
 電話：048-522-0200（代表）
 FAX：048-522-1182（直通）