

# 家族教室申込書

## 《患者氏名》

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

\_\_\_\_\_

※繋がりやすい電話番号をご記入ください

## 《確認事項》

- 連絡時に病院名を出しても良いですか？      良い ・ 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
- 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>

申込日 年 月 日