

茨城県立中央病院長 殿

相談者職氏名：_____

所 属 名：_____

所属長名：_____

臨床倫理コンサルテーション申請書

相談内容（ポイント）			
患 者 氏 名		患 者 I D	
年 齢		性 別	
診断名・病歴等			
相談に至った理由			
患者のQOL			
患者の意向			
家族の意向や周囲の状況			
医療チーム内での意見			
緊急度			

※参考となる資料がある場合は添付してください。