

聴覚・言語障がい者用

大阪府立急性期・総合医療センター

※当院通院中の方に限ります

24時間緊急連絡FAX

- ◆緊急受診を 【 希望する ・ しない 】
- ◆FAX送信者 【 患者本人 ・ 家族 ・ その他( ) 】
- ◆患者本人の主なコミュニケーション手段を教えてください  
【・手話 ・ 筆談 ・ 口話 ・ その他( )】

フリガナ

- ◆患者氏名 \_\_\_\_\_ ◆診察券番号 \_\_\_\_\_
- ◆生年月日 \_\_\_\_\_ ◆FAX番号 \_\_\_\_\_

- ◆住所 【 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 】

- ◆連絡を取りたいところに○をしてください

総合内科 ・ 消化器内科 ・ 糖尿病代謝内科 ・ 神経内科 ・ 心臓内科  
呼吸器内科 ・ 腎臓高血圧内科 ・ 外科 ・ 整形外科 ・ 産婦人科 ・ 泌尿器科  
耳鼻咽喉頭・頭頸部外科 ・ 脳神経外科 ・ 心臓血管外科 ・ 免疫リウマチ科 ・ 小児科  
その他( 科 )  
担当の先生( 先生 )

- ◆今の症状を教えてください

いつ頃からですか？

【  今日( )時から  昨日から  ( )日前から 】

意識は【 ある ・ ない 】

熱は【 ある( °C) ・ ない 】

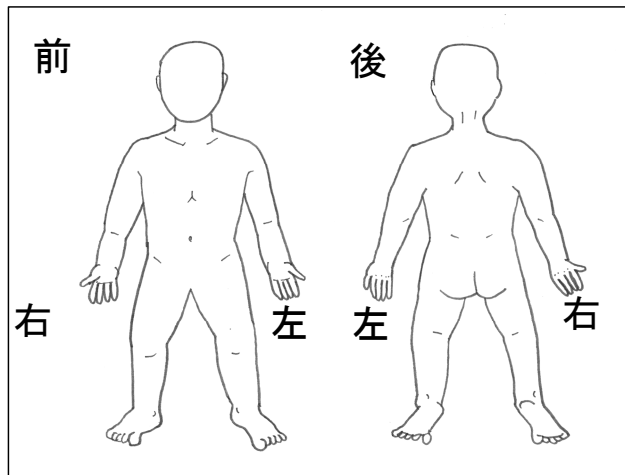
吐き気は【 ある ・ ない 】

下痢は【 ある ・ ない 】

咳は【 止まらない ・ ある ・ ない 】

<痛いところ>

※該当箇所に印をつけてください



<その他の症状・聞きたいこと>

[Empty box for other symptoms or questions]

- ◆FAX送信先

時間外の平日(月～金)午後5:00～翌朝9:00

土・日・祝・年末年始

FAX 06-6606-7040

平日(月～金)午前9:00～午後5:00

FAX 06-6693-4143