

聴覚・言語障がい者用
大阪急性期・総合医療センター

24 時間緊急連絡 FAX

当院通院中の方に限ります

FAX 送信先

・時間外の平日(月～金)午後 5 時～翌朝 9 時
土・日・祝・年末年始

FAX 06-6606-7040

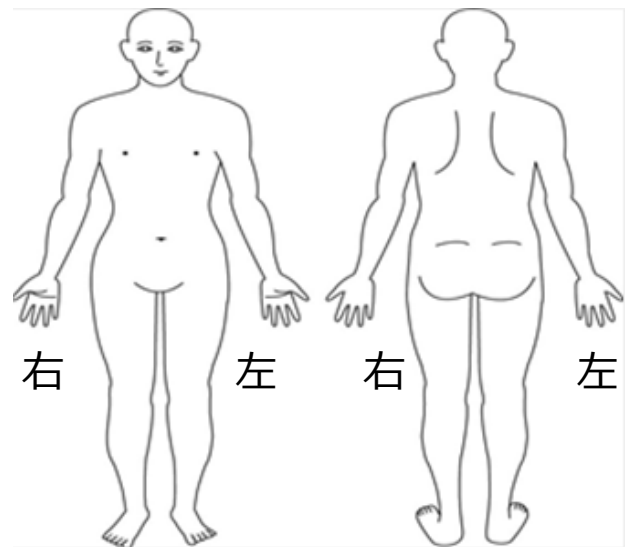
・平日(月～金)午前 9 時～午後 5 時

FAX 06-6693-4143

名 前	
診察券番号	
生年月日	年 月 日
住 所	
FAX	

※症状(痛いなど)があるところに

○を付けて下さい



※今の症状を教えてください

- ・症状は?
()
- ・いつからですか?
【今日 時から】・【 日前から】
- ・意識 【ある・ない】
- ・熱【ある(°C)・ない】
- ・吐き気【ある・ない】
- ・下痢【ある・ない】
- ・咳【止まらない・ある・ない】

※①～④で当てはまる項目を○で囲んでください

- ①緊急受診を 【 希望する ・ しない 】
- ②この FAX を送信した人は 【患者本人 ・ 家族 ・ その他()】
- ③患者本人のコミュニケーション手段は 【手話 ・ 筆談 ・ 口話 ・ その他()】
- ④連絡を取りたいところはどこですか？

※その他の症状・聞きたいこと