

聴覚・言語障がい者用

大阪府立急性期・総合医療センター

患者総合相談 面談予約申込FAX

地域医療連携室 宛

(受診が必要なときは面談日と別になる場合があります)

◆FAX送信者【 患者本人 ・ 家族 ・ その他() 】

フリガナ

◆患者氏名

◆FAX番号

◆生年月日

◆住所

【 市 区】

◆現在、当センターに通院中ですか？

- ・通院中(診察券番号:_____)
- ・他の病院へ通院中(医療機関名:_____)
- ・どこへも行っていない

◆相談したい内容に○をしてください

※内容にあわせて、専門の職員におつなぎします。

- ・医療 ・薬 ・栄養 ・看護 ()
- ・受診について ()
- ・退院へ向けての相談()
- ・医療費(健康保険・福祉制度など)()
- ・がん診療に関する相談()
- ・その他()

◆主なコミュニケーション手段に○をつけてください

- ・手話
- ・筆談
- ・口話(読唇)
- ・その他()

◆相談予約希望日時

※月～金曜の午前9:00～午後4:30でお願いします

(手話通訳ご希望の方は午前10:00～午後3:00でご記入ください)

※FAXを受信後、調整の上、改めて日時をご連絡いたします

第1希望【 月 日 午前・午後 時 分～ 】

第2希望【 月 日 午前・午後 時 分～ 】

第3希望【 月 日 午前・午後 時 分～ 】

◆FAX送信先 (地域医療連携室)

平日(月～金)午前9:00～午後5:00

FAX 06-6693-4143