

聴覚・言語障がい者用

大阪府立急性期・総合医療センター

## 「医療相談」FAX

地域医療連携室 宛

◆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

◆FAX番号

◆生年月日

◆住所

【 市 】

◆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

◆相談したい内容をくわしく教えてください

※内容に応じて、FAXでお答えします

※秘密は厳守いたします

◆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