

聴覚・言語障がい者用  
大阪急性期・総合医療センター

患者総合相談  
面談予約申込 FAX

FAX 送信先  
地域連携室  
・平日(月～金)午前 9 時～午後 5 時  
**FAX 06-6693-4143**

地域医療連携室 宛

名 前	
生年月日	年 月 日
住 所	
FAX	

◆ FAX を送信した人は【患者本人 ・ 家族 ・ その他( )】

◆ 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○をして下さい

- ・ 医療      ・ 薬      ・ 栄養      ・ 看護( )

◆ 相談したい内容は何ですか？

- ・ 受診について( )
- ・ 退院に向けての相談( )
- ・ 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○をして下さい

- ・ 手話      ・ 筆談      ・ 口話      ・ その他( )

◆ 相談予約希望日時

※平日(月～金)の午前 9 時～午後 4 時 30 分でお願いします

※FAX を受信後、調整の上、改めて日時を FAX で連絡します

第 1 希望【 月 日 午前・午後 時 分から】

第 2 希望【 月 日 午前・午後 時 分から】

第 3 希望【 月 日 午前・午後 時 分から】