

聴覚・言語障がい者用
大阪急性期・総合医療センター

医療相談 FAX

地域医療連携室 宛

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

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()】

◆ 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()

◆ 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 で返事します。

※秘密は厳守いたします