

大阪市立総合医療センター医事課宛

FAX 06-6929-2897

FAX 連絡票（聴覚・言語障がい者様専用）

- 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（                      ） 】
- 患者氏名 【 \_\_\_\_\_ 】
- FAX 番号 【         —                      —                      】
- 生年月日 【         年                      月                      日                      】
- 住        所 【 \_\_\_\_\_ 】
- 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。