

大阪市立十三市民病院 医事課宛

F A X : 0 6 - 6 1 5 0 - 8 6 8 4

F A X 連絡票（聴覚・言語障がい者様専用）

- F A X 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【 】
- F A X 番号【 - - 】
- 生年月日【 年 月 日 】
- 住 所【 】
- 現在、当院に通院中ですか？
 - 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 F A X でお答えします。