

相 談 票

1 相談者

フリガナ 氏 名	職業	歳 男・女
患者との関係 患者本人 ・ 患者の _____		
住 所 〒		
電 話： - -	F A X： - -	
連絡先 〒		
電 話： - -	F A X： - -	

2 患 者

フリガナ 氏 名	職業	歳 男・女
生年月日： 年 月 日 生		

3 医療機関（複数掛かれた場合は、主な医療機関を下欄に、その他を別紙に）

名 称：
所在地 〒
診療科：
担当医師：

4 診療期間（上記医療機関について）

初 診 日：	年 月 日
入院期間：	年 月 日 ~ 年 月 日
通院期間：	年 月 日 ~ 年 月 日

5 受診の理由（上記医療機関について、病名、症状等 又 紹介者等）

<p>.....</p> <p>.....</p>
