

受診相談票

※ 聴覚障がいの方用

平日 (8:30～17:00) : 地域医療支援室 (FAX 0966-63-2167)

上記以外 : 救急センター (FAX 0966-63-2172)

送信先 国保水俣市立総合医療センター (_____) 御中
年 月 日

(ふりがな)
患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日生

住所 _____

連絡先 FAX _____ 電話 _____

患者番号 (診察券の番号) を記入してください (_____)

送信枚数 _____ 枚

要件 受診相談について (症状等を記入してください)

受診希望診療科 (_____) 科

いつから? _____

どこが? _____

どうある? _____

現在または過去に何か病気をされたことがありますか?

※間違って送信された場合は、お手数ですが送信元までご連絡ください。