がん患者・家族の心のケア科（精神・神経科）受診申込書

当科は、<u>対象の方をがん患者様とそのご家族に限定</u>しております。
診察は木曜日午前のみです。あらかじめご了承のうえ、お申込みください。

申込者に〇をつけてください
1. 患者様本人　2. ご家族様　3. ご遺族様

＊患者様本人の場合のみ、必ず主治医からの紹介状が必要です。
地域医療連携室を通してください。

＊ご家族様およびご遺族様の場合：
下記の申し込み用紙に記入の上、地域医療連携室へ直接持参されるか、郵送もしくはFaxでお申し込みください。

申し込み先・問い合わせ先　JCHO 星ヶ丘医療センター　地域医療連携室
〒573-8511 大阪府枚方市星丘4-8-1
Tel）　0120-840-274
Fax）0120-840-275

申し込み日　　年　　月　　日

申込者	ふりがな		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成		
	氏名			年　　月　　日		
	〒		年齢	歳	性別	男性 ・ 女性
	住所					
	Tel		Fax	＊返信をしますのでご自宅のFax番号をご記入の上送信ください。		
	＊当院の診察券をお持ちの方は診察券番号をご記入ください			診察券番号		
	＊ご家族様・ご遺族様の場合 患者様との続柄に〇をつけてください。			配偶者 ・ 子 ・ 親 ・ 兄弟		
受診希望日	第1希望	月　　日（木）		第2希望	月　　日（木）	

当院記入欄：NO　　受付日：　　年　　月　　日　返信日：　　年　　月　　日

JCHO 星ヶ丘医療センター　2016年4月作成