

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、対象の方をがん患者様とそこご家族に限定しております。
 診察は金曜日午前のみです。あらかじめご了承のうえ、お申込みください。

申込者に○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○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(金)	第2希望	月	日(金)

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