

相談票

<相談者>

相談年月日

年 月 日

所属機関		
所属部署		
ふりがな		
氏名		
職種等		
連絡先	電話	
	FAX	
	E-MAIL	

<相談事項>

右欄から最も近いものを選び、番号を記入してください。
 「④ その他」の場合は、加えて()内に概要を記載してください。

相談内容	① 検査・診断	② 治療	③ 感染防止
	④ その他 ()		
患者の概要	(枠の大きさは適宜変更してください。)		
	※患者氏名、生年月日等、個人の特定に繋がる情報の記載はお控えください。		
相談内容	(枠の大きさは適宜変更してください。)		