**インターネット依存　オンライン医療相談申込書兼問診票**

貴院ホームページ掲載の「オンライン医療相談・カウンセリングについて」の事項に同意の上、貴院に申し込みをいたします。

記入日　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　相談者署名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

【ご相談者】

ふりがな

お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　 患者さんとの続柄

生年月日：明・大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日　年齢　　　歳

住所：

ご連絡先 自宅　　　　　　　　　　 　 携帯

【患者さん】

ふりがな

お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女

生年月日：明・大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日　年齢　　　歳

|  |  |
| --- | --- |
| 〈お申込み・お問い合わせ先〉  〒239-0841　神奈川県横須賀市野比5-3-1  　独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター　地域医療連携室  　TEL:046-848-2365　　FAX:046-848-2566　　E-mail：220-kikaku3@mail.hosp.go.jp | |
| ※当院使用欄  申込者への連絡　　　　済　・　未 | 実施日　　　　　　年　　　月　　　日　　　時  担当医師名 |