

## 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