

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 _____

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 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
