

(緊急FAX連絡用)

大阪国際がんセンター 様

緊急連絡希望

患者氏名

FAX番号

()

診察券番号

住所

市 区
府 市

FAX送信者 【患者本人 ・ 家族 ・ その他()】

◆連絡を取りたいところに○をしてください

消化器(内科・外科)	呼吸器(内科・外科)	婦人科	泌尿器科
循環器	耳鼻科	その他 []
		担当医の先生[]

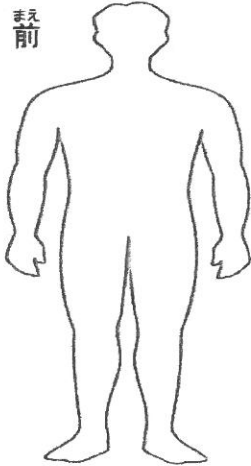
◆今の症状を教えてください(あてはまるものに、○をしてください)

熱がある(度 分) 吐き気 下痢 咳が止まらない

いつ頃からですか? □今日 時から □昨日から □()日前から

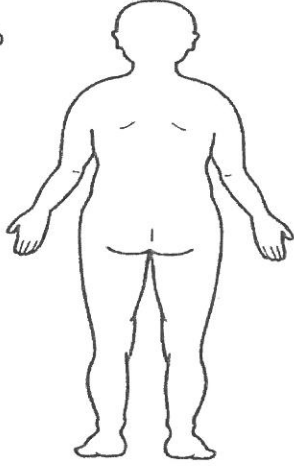
◆痛いところがあれば、
×をしてください。

まえ前



みぎ右 ひだり左

うしろ



みぎ右 ひだり左

◆その他の症状 ・ 聞きたいこと