

相談用紙

記入日： 年 月 日

(ふりがな)
相談者氏名： _____ 年齢 (_____) 歳
本人以外の方患者との続柄：家族・親戚・その他 (_____)
連絡先：住所 _____
電話番号： _____
患者氏名： _____ 年齢 (_____) 歳 (本人でない場合ご記入ください)
連絡先：住所 _____
電話番号： _____
相談したい病気(診断名) _____
現在 通院中の病院：診療科：担当医師 _____
相談内容：現在の状況・どうしたいか・どんな問題があるかなど聞きたいことをご記入ください。
(検査・B型肝炎・C型肝炎・肝硬変・IFN助成制度・その他福祉制度・その他)

相談内容:今の状況・どうしたいか・どんな問題があるかなど聞きたいことをご記入ください。
