

# 医療相談票

相 談 者	ふりがな 組合員氏名	..... 男 ⑩ 女	組合員証記号・番号	.(相談内容と重複しない範囲でお書きください。)  1.いま、どのような症状か詳しく書いてください。 (例としては、だるい、つかれやすい、むくみっぽい、微熱がある、おなかの調子が悪い、息切れがある、手足のしびれ等)  2.いつ頃から始まり、どうなってきましたか。  3.いま、どんな治療をうけていますか。  4.いままでに大きな病気や手術を受けたことがありますか。  5.関東中央病院で診察、又は人間ドックを受けられた方は、受診科と時期をご記入ください。
	生年月日	昭和 年 月 日(才)		
	ふりがな 家族氏名	..... 男 ⑩ 女	公立 番号:	
	生年月日	昭・大・昭・平 年 月 日(才)		
	電 話	自宅 勤務先		
	現 住 所	〒		
相談内容を具体的にお書き下さい。 ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....				
回 答 希 望	ご希望を でかこんでください。		自宅 勤務先	
	電話にて回答します。 希望の日時をご指示下さい。 (祝祭日、年末年始の休日を除く月～金の14時～17時)			
	希望日時	年 月 日( )	時頃	
		年 月 日( )	時頃	
	年 月 日( )	時頃		