(緊急 FAX 連絡用)

大阪府立精神医療センター

緊 急 連 絡 希 望

氏 名　　FAX番号　（　　）

生年月日　　年　　月　　日

診察番号　　住所　　市

FAX送信者　【 患者本人 ・ 家族 ・ その他（　　）】

◇ 受診目的は何ですか。(困っていること、気になること、具合の悪いところを記入してください。)

◇ それはいつ頃からですか。

◇ 神経科・精神科に今までかかられた事がありますか　（ 有 ・ 無 ）

・有の場合　当センター・　病 院 ・医院・クリニックに（過去通院・現在通院中）

◇ FAX送信先

◇時間内…平日（月～金）の午前９時～午後５時３０分

ＦＡＸ　０７２－８４０－６２０６

◇時間外…平日（月～金）の午後５時３０分～翌朝午前９時

および、休日（土・日・祝・年末年始）は終日

ＦＡＸ　０７２－８９８－９８００