

【ご家族・患者様が記入いただく様式です】

## 大阪精神医療センター 児童・思春期外来 初診申込書

※ご記入の上、診療情報提供書（紹介状）、返信用封筒とともに当院までご送付ください。

患者様のお名前	ふりがな		性別	男・女	平成 令和	年	月	日生
	漢字 氏名				歳	ヶ月		
保護者のお名前	漢字 氏名		患者様との続柄					
自宅住所	〒							
電話番号	★ご予約後、当院から確認等のお電話を差し上げることがあります。その際の連絡先を教えてください。							
	電話番号	①	(自宅)	②	(携帯)			
その他の連絡先	自宅以外の連絡先や、連絡に関し、ご希望があればご記入ください。 (連絡先、電話番号、その他の事項等)							
患者様について	当センターでしてほしいこと / 希望されることは何ですか。 (□にチェックし、必要事項を記入してください。)							
	<input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 治療 (希望される方は○で囲んでください 入院/お薬) <input type="checkbox"/> ひまわり合宿への参加 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____ )							
患者様について	困っていること、気になること、具合の悪いことをお書きください。							
	それはいつ頃ごろからですか。 きっかけがあれば記入してください。							

「外来初診申込書」、「診療情報提供書（紹介状）」、「返信用封筒（94円切手を貼ってください）」の郵送先

〒573-0022 大阪府枚方市宮之阪3丁目16-21

\*7月末日までは92円切手で可。

大阪精神医療センター 児童思春期外来・一般初診申込係

※記載いただいた個人情報には診療目的以外には利用いたしません。

※一度ご提出いただいた書類はお返しできません。