

墨田区医療関係者の相談 連絡

平成 年 月 日

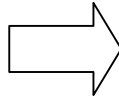
精神科医

機関名

電話番号

F A X

担当者名



医療関係者

機関名

電話番号

F A X

担当者名

次の患者さんの相談をしたくご都合の良い連絡方法をお知らせください。

歳 (男・女)

現在の状況

申送り内容

医療関係者→精神科医 返信

- ☐ 電話をください (時間帯 月 日 時頃)
- ☐ 電話をかけます (時間帯 月 日 時頃)
- ☐ その他