

# 相 談 票

静岡県立こども病院

育児環境支援室

〒420-8660 静岡市葵区漆山860番地  
地域連携室FAX: 054-247-5688

記載日： 年 月 日

医療機関

施設名

所在地 〒 ( ) - ( )

医師名 印

電話番号

FAX番号

※太枠内に記載をお願いいたします。

フリガナ		生年月日	平成・令和
患者氏名	殿		年 月 日 ( 歳 ヲ月) 男・女
	(保護者氏名)		
住所・電話番号	〒 ( ) - ( ) Tel ( ) - ( ) - ( )		
主訴又は傷病名			
既往歴及び家族歴	薬物アレルギー		
相談内容	相談のみ 外来受診希望 入院希望 (該当するものに○をつけてください)		
相談内容 (自由記載)	当こども病院への受診歴 (無・有) (診察券番号 )		
対応者：	( 科)		
フォロー内容：			