■送信先(FAX or 郵送）

FAX：052-959-2558	郵送：〒461-0001 名古屋市東区泉1-1-35 ハイエスト久屋4階 堀法律事務所

※送信いただいてから、休業期間を除き1週間以内に弊事務所から連絡のない場合は、受信トラブルの可能性がありますので、お手数ですが、お電話(052-959-2556)で弊事務所までお問い合わせ下さい。

※◎の項目は、必ずご記入をお願いします。

■ 相談を申し込まれるあなたご自身について

ふりがな

◎お名前：

◎ご職業：

◎生年月日：　　年　　月　　日　（　　歳）

◎続柄（患者さんはあなたの何にあたりますか？）

本人・夫・妻・父・母・祖父母・兄弟姉妹・その他（　　）

■ あなたの連絡先（弊事務所から連絡してよい連絡先を記入して下さい）

◎住所

〒　　－

都・道・府・県　　市・町・村

◎電話　（　　）　　－

○携帯　（　　）　　－

○ＦＡＸ（　　）　　－

○メールアドレス：　　@

○携帯アドレス：　　@

■ 患者さんについて（あなたが患者さんご本人でない場合のみご記入下さい）

ふりがな

◎お名前：

◎ご職業：

◎生年月日：　　年　　月　　日　（　　歳）

◎住所：　私と同居しています・していません

（同居していない場合は、患者さんのご住所を以下にご記入下さい）

〒　　－

◎現在の患者さんの状態

・亡くなりました。
→死亡日：　　年　　月　　日
死亡診断書記載の死因：
解剖の有無：　あり・なし

・治療中です。
→受診先：　　に　入院中・通院中

・治療はしていません。

◎患者さんの現在の病状や障害の部位

■ 相手となる医療機関について

◎名称：

◎所在地：　都・道・府・県　　市・町・村

○主な担当医の名前：　　（　　科）

■ 患者さんの受診経緯について

○今回の受診開始日は？　　年　　月　　日

・これ以前にこの医療機関を受診したことは？
ありません・ありました

○どんな症状で受診しましたか？

○どんな病気と診断されましたか？

（診断時期：　　年　　月　　日）

○どんな治療をうけましたか？

■ あなたは、いつ頃の、どのような診療行為について疑問に感じていますか？

◎疑問に思う診療行為の内容

（実施時期：　　年　　月　　日）

◎疑問に感じている点