

■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・柄沢法律事務所
--------------------	---

※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。

<p>■ 相談を申し込まれるあなたご自身について</p> <p>ふりがな</p> <p>◎お名前 :</p> <p>◎ご職業 :</p> <p>◎生年月日 : 年 月 日 (歳)</p> <p>◎続柄 (患者さんはあなたの何にあたりますか?)</p> <p>本人・夫・妻・父・母・祖父母・兄弟姉妹・その他 ()</p>	<p>■ 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)</p> <p>◎住所</p> <p>〒 —</p> <p> 都・道・府・県 市・町・村</p> <p>◎電話 () —</p> <p>○携帯 () —</p> <p>○FAX () —</p> <p>○メールアドレス : @</p> <p>○携帯アドレス : @</p>
---	--

<p>■ 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)</p> <p>ふりがな</p> <p>◎お名前 :</p> <p>◎ご職業 :</p> <p>◎生年月日 : 年 月 日 (歳)</p> <p>◎住所 : 私と同居しています・していません</p> <p><small>(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)</small></p> <p>〒 —</p>	<p>◎現在の患者さんの状態</p> <ul style="list-style-type: none"> ・亡くなりました。 <ul style="list-style-type: none"> →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。 <ul style="list-style-type: none"> →受診先 : に 入院中・通院中 ・治療はしていません。 <p>◎患者さんの現在の病状や障害の部位</p>
---	---

<p>■ 相手となる医療機関について</p> <p>◎名称 :</p> <p>◎所在地 : 都・道・府・県 市・町・村</p> <p>○主な担当医の名前 : (科)</p>	<p>■ 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?</p> <p>◎疑問に思う診療行為の内容</p> <p>(実施時期 : 年 月 日)</p> <p>◎疑問に感じている点</p>
<p>■ 患者さんの受診経緯について</p> <p>○今回の受診開始日は? 年 月 日</p> <p>・これ以前にこの医療機関を受診したことは?</p> <p> ありません・ありました</p> <p>○どんな症状で受診しましたか?</p> <p>○どんな病気と診断されましたか?</p> <p>(診断時期 : 年 月 日)</p> <p>○どんな治療を受けましたか?</p>	