

難病相談申込書

【申込相談者記入欄】

申込年月日	令和 年 月 日				
医療機関名			職種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> セラピスト（PT・OT・ST）
相談者氏名				<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 相談員
電話番号				<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー
E-mail アドレス	FAX			<input type="checkbox"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> その他
相談内容	疑われる診断名がある場合		()		
	相談する 疾患領域 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 神経・筋疾患	<input type="checkbox"/> 皮膚・結合組織疾患	<input type="checkbox"/> 代謝系疾患	<input type="checkbox"/> 骨・関節系疾患
		<input type="checkbox"/> 染色体または遺伝子に変化を伴う症候群	<input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患	<input type="checkbox"/> 血液系疾患	
		<input type="checkbox"/> 腎・泌尿器系疾患	<input type="checkbox"/> 内分泌系疾患	<input type="checkbox"/> 消化器系疾患	<input type="checkbox"/> 循環器系疾患
<input type="checkbox"/> 耳鼻科系疾患		<input type="checkbox"/> 聴覚・平衡機能系疾患	<input type="checkbox"/> その他の疾患	()	
※個人が特定される情報は記載しないでください					

【琉球大学病院記入欄】

対応年月日	年 月 日		
対応診療科名			対応者名
回答			