患者相談窓口：相談申し込み用紙

＊希望の内容のところに○印をつけて下さい。

＜ 相談内容 ＞		＜ 相談担当者 ＞
	退院後の生活	医療相談室 ソーシャルワーカー 堀川・塩野・安部
	医療費の助成	
	療養に関すること	
	施設入所	
	支払い関係	医事課 皆川・金子
	苦情・意見・要望	
	個人情報	
	カルテ開示	
	医療安全に関すること	医療安全管理室 佐々
	感染対策に関すること	
	他の医療機関の紹介(新規)	地域連携室 岩山・三浦（中山・宮崎）
	受診相談	
	外来関連(現在・過去)	外来師長
	入院関連(現在・過去)	各病棟師長
	病棟名(　　)	
	その他	[　　]

患者名（フリガナ）　　(男・女)　生年月日：M・T・S・H　　年　　月　　日生

ID番号(　　)

相談者名　　患者との関係(　　)連絡先TEL

受付日：　　年　　月　　日　　相談希望日時：　　年　　月　　日　　時

東京西徳洲会病院