



FAX 送信票 A (診療申込書)

送信日： 年 月 日

送信先	宮城県立こども病院 地域医療連携室 行		
	〒989-3126 宮城県仙台市青葉区落合4丁目3-17 (TEL) 022-391-5115 (直通) / 022-391-5111 (病院代表) (FAX) 022-391-5120 (直通) 開室時間：月曜日～金曜日までの8:30～17:15 (祝日、年末年始は除く)		

<発信元>

医療機関名			
ご担当医名	科		先生
住 所	〒 ー		
TEL	() ー	FAX	() ー

※病診連携室直通

<患者さん情報>

フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日
お名前	様 (男・女)		
電話番号	() ー		

<診療希望内容>

受診希望診療科 該当診療科に <input checked="" type="checkbox"/> 印を ご記入ください	<input type="checkbox"/> 新生児科 <input type="checkbox"/> 総合診療科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 血液腫瘍科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 神経科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 発達診療科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科・矯正歯科 <input type="checkbox"/> 特に指定なし
希望診療担当医師	無 ・ 有 (医師名：)
本院での受診歴の有無	不明 ・ 無 ・ 有
備考 (希望受診日、症状など)	