



FAX 送信票 (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四丁目3-17 <TEL> 022-391-5115 (直通) / 022-391-5111 (病院代表) <FAX> 022-391-5120 (直通) 受付時間：月曜日～金曜日までの8:30～17:00 (祝日、年末年始は除く)
-----	---

<発信元>

医療機関名			
ご担当医名			
住 所			
TEL		FAX	

※病診連携室直通

<患者さん情報>

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

救急の患者様につきましては、申込書を使わずに022-391-5111(代表)にお問い合わせください。

<診療希望内容>

受診希望診療科 該当診療科に☑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・感染症科 <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	無 ・ 有 ・ 不明
備考 (希望受診日、症状など)	

※ 事前に診療情報提供書の FAX が必要な診療科
それ以外の診療科でも診療情報提供書を事前に FAX していただく場合がございますのでご了承ください。