



MIYAGI CHILDREN'S HOSPITAL

宮城県立こども病院

## FAX 送信票 A (診療申込書)

送信日： 年 月 日

送信先	<b>宮城県立こども病院 地域医療連携室 行</b>		
	〒989-3126 宮城県仙台市青葉区落合四丁目3-17 <b>&lt;TEL&gt; 022-391-5115 (直通)</b> / 022-391-5111 (病院代表) <b>&lt;FAX&gt; 022-391-5120 (直通)</b> 開室時間：月～金曜日までの8:30～17:15 (祝日、年末年始は除く)		

## &lt;発信元&gt;

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

## &lt;患者さん情報&gt;

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

## &lt;診療希望内容&gt;

受診希望診療科 該当診療科に■印を ご記入下さい	<input type="checkbox"/> 新生児科 <input type="checkbox"/> 総合診療科 <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"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 麻酔集中治療科 <input checked="" 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 歯科医師名： <input type="checkbox"/> 御代田 浩伸；矯正歯科、口腔外科、障害者歯科 <input type="checkbox"/> 後藤 申江；小児歯科、障害者歯科
当院での受診歴の有無	不明 ・ 無 ・ 有
備考 依頼事項に■印を ご記入下さい 主たる症状など  希望受診日  月 日	<input type="checkbox"/> 智歯抜歯 <input type="checkbox"/> 埋伏歯抜歯 <input type="checkbox"/> 矯正用インプラント手術 (自費) <input type="checkbox"/> 唇顎口蓋裂 <input type="checkbox"/> 口腔感染症 <input type="checkbox"/> 小帯異常 <input type="checkbox"/> 粘液嚢胞 <input type="checkbox"/> 歯・口腔・顎の外傷 <input type="checkbox"/> その他の口腔外科疾患 (腫瘍、嚢胞、粘膜疾患、神経、唾液腺、 ) <input type="checkbox"/> 扱い困難な小児歯科 <input type="checkbox"/> 障害者歯科 <input type="checkbox"/> 摂食障害 <input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> セファロ撮影 (自費) <input type="checkbox"/> 不正咬合・矯正歯科治療依頼 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( )

※原紙です。コピーしてご利用ください。