

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時30分～17時00分（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	〒 -		
T E L	() -	F A X	() -

※病診連携室直通

< 患者さん情報 >

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

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	☐ 新生児科 ☐ 総合診療科 ※ ☐ 消化器科 ☐ アレルギー科 ☐ 腎臓内科 ※ ☐ リウマチ・感染症科 ☐ 血液腫瘍科 ☐ 循環器科 ☐ 神経科 ※ ☐ 産科 ※ ☐ 外科 ※ ☐ 心臓血管外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 整形外科 ※ ☐ 形成外科 ※ ☐ 泌尿器科 ※ ☐ 眼科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 特に指定なし			
	※ 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。			
希 望 診 療 担 当 医 師	無 ・ 有 （医師名： ）			
当院での受診歴の有無	無 ・ 有 ・ 不明			
備 考 (希望受診日、症状など)				

* コピーしてご利用ください