

医科用

**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 | **〒　　　　 ―** | | |
| 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 |
| お名前 | 様（男・女） |
| 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