

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8：30～17：00（祝日、年末年始は除く） |

＜発信元＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | |
| ご担当医名 |  | | |
| 住 所 |  | | |
| T E L |  | F A X |  |

＜患者さん情報＞

# ※病診連携室直通

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 生年月日 |  | | |
| お名前 | 様（男・女） | | | S・Ｈ・R | 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 □発達診療科 **※**  □歯科口腔外科・矯正歯科 □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） |  | | | | |

Ｄ１



\* コピーしてご利用ください