

## FAX 送信票 (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>〈TEL〉 022-391-5115 (直通) / 022-391-5111 (病院代表)</b><br><b>〈FAX〉 022-391-5120 (直通)</b><br>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<br>該当診療科に <input checked="" type="checkbox"/> 印を<br>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<br><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<br><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<br><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 ※<br><input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科<br><input type="checkbox"/> 歯科口腔外科・矯正歯科 <input type="checkbox"/> 特に指定なし |
|   | <b>※ 事前に診療情報提供書のFAXが必要な診療科</b><br><small>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。</small>  |
| 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<br>(希望受診日、症状など)   |  |

\* コピーしてご利用ください