

**産科ＮＩＰＴ外来用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 |  | | |
| 住所 |  | | |
| TEL |  | FAX |  |

＜患者さん情報＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 西暦  年　　月　　日  （　　　歳） |
| お名前 | 様 |
| 電話番号 | （　　　 　）　　 　　－ |
| 当院受診歴 | 有　　　・　　　無 | | |

＜分娩予定日＞　**※ NIPT外来予約は必ず分娩予定日決定後にお申し込みください**

|  |  |
| --- | --- |
| 分娩予定日 | 西暦　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 備考  （特記事項が  ありましたら  ご記入ください） |  |