

## 産科NIPT外来用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> <b>〈FAX〉 022-391-5120 (直通)</b>		
	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			
T E L		F A X	

### <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)	
-------------------------------------	--