

# 診療申込書(FAX)

送信日:令和 年 月 日

送信先	FAX 011-691-8034
	北海道立子ども総合医療・療育センター 地域連携課主査(地域連携) 行 〒006-0041 札幌市手稲区金山1条1丁目240-6 TEL 011-691-5696(内線1205) 受付時間:月~金曜日までの9:00~17:00(祝祭日・年末年始は除く)

## <発信元>

ご紹介医療機関名			
ご担当 医師氏名	科	先生	
紹介事務ご担当者名			
住所	〒 -		
TEL ( )	-	FAX ( )	-

## <患者さま情報>

フリガナ		生年月日	平成	年	月	日
お名前	様(男・女)		令和	( 歳	ヶ月)	
TEL ( )	-					

## <診療希望内容>

当院での受診歴の有無	無 ・ 有 ・ 不明
受診希望診療科 該当診療科に <input checked="" type="checkbox"/> 印を ご記入ください	<input type="checkbox"/> 総合診療科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 小児循環器内科 <input type="checkbox"/> 小児心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 小児神経内科 <input type="checkbox"/> 新生児内科 <input type="checkbox"/> 小児内分泌内科 <input type="checkbox"/> 小児血液腫瘍内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 小児脳神経外科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 小児眼科 <input type="checkbox"/> 小児形成外科 <input type="checkbox"/> 小児泌尿器科 <input type="checkbox"/> 小児耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 小児精神科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科(小児) <input type="checkbox"/> リハビリテーション科(整形) <input type="checkbox"/> 診療科指定なし
希望診療担当医師	無 ・ 有 (医師名: )
■ 傷 病 名	
■ 紹 介 目 的	
■ 症状と検査結果、並びに治療経過 < <input type="checkbox"/> 別紙参照の場合 <input checked="" type="checkbox"/> >	
■ 備 考 <受診希望日・不都合日 等>	