

# 愛媛県立子ども療育センター F A X 送信票

FAX 089-955-5541

令和 年 月 日

紹介医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

受診希望診療科	科
希望医師名	( 有 ・ 無 )
希望医師名	
主訴・病名など (簡単に)	
受診に関して	緊急性の ( 有 ・ 無 )
第一希望	年 月 日
第二希望	年 月 日
都合の悪い日・他	

ふりがな	男
患者 氏名	女
生年月日	平成 年 月 日生 令和 ( 歳 カ月)
現住所	〒
電話番号	( )

<b>* 患者様は</b>
<input type="checkbox"/> 外来にて、お待ちになっております。
<input type="checkbox"/> お帰りになりました。

愛媛県立子ども療育センター(旧整枝療護園)での受診歴
無・不詳・有( 年 月頃)

保険者番号	
被保険者証・被保険者手帳 の記号・番号	
被保険者との続柄	本人・家族 負担割合：1・2・3割
公費負担者番号	
受給者番号	
公費負担者番号	
受給者番号	
保険適応外：妊娠・交通事故・労災・その他 ( )	

## 本票と診療情報提供書をFAXにて送信してください。

診察日が決定しましたら、受診日などを記載した診療予約票をFAXにて返送いたしますので、患者様にお渡しく下さい。受診当日は、診療情報提供書(紹介状)などをご持参いただきますようお願いいたします。

\* 予約に時間がかかる場合があります。お急ぎの方は電話にてご連絡ください。

\* FAXは24時間稼働しておりますが、下記のFAX受付時間外や診療時間外・休診日にお送りいただきますと翌日もしくは

\* 病院休診日は、土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始(12/29~1/3)です。

\* 受診希望日がある場合は、受診希望日の2日前(前日が休診日の場合は休診日の前日)までにお送りください。

\* 当日・翌日の受診希望の場合は電話にてお問い合わせください。

問い合わせ先

愛媛県立子ども療育センター 地域連携・在宅支援室 (FAX受付時間：平日 8時30分~16時30分)

T E L (089) 955-5533 (代表) F A X (089) 951-5541 (地域連携室直通)