診療情報提供書

申込日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 【紹介元情報】 |
| 送付先 |  | 所在地：〒 |
| FAX　079-452-2552 |
|  |  | 名　称： |
| 加古川市立こども療育センター診療所 | | 診療科： |
| 担当医師　御侍史 |  | 医師名： |
|  |  | T E L： |
|  |  | F A X： |

患者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 平成　令和 |
| 患者氏名 |  | 年　　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒 | | |
| 保護者連絡先 | 自宅：  携帯：　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　） | | |
| 在籍学校園名  学年、所属クラス等 |  | | |
| 発達検査 | 実　　　施：あり　なし　　　　検査の種類：  実施年月日：　　　　年　　月　　日  実施機関名： | | |
| 紹介内容 | 詳細は、別紙紹介状参照 | | |

※診療情報提供書（原本）は保護者へお渡しください。

※診療情報提供書以外に持参予定のもの（該当するものがあれば、チェックしてください。）

　貴院紹介状　　　　　発達検査結果　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

・FAX送信前にご連絡いただきますようお願いします。（電話：079-452-2511）

・予約受付時間は平日（月～金）の９時～17時です。予約受付時間以外のFAXについては、翌営業日

以降のご連絡になります。