

診療情報提供書

申込日 令和 年 月 日

【紹介元情報】

送付先 FAX 079-452-2552	所在地：〒 名 称： 診療科： 医師名： TEL： FAX：
-----------------------------	---

加古川市立こども療育センター診療所
担当医師 御待史

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いたします。（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。