

愛媛県立子ども療育センターFAX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 指定(有・無)
希望医師名	
依頼内容 病状・病名などを簡単に、ご記入ください。 *紹介状を添付していただいても結構です。	
受診に 関して	緊急性の(有・無)等について
第一希望	年 月 日
第二希望	年 月 日
都合の悪い日	
*ご希望にお応えできない場合があります	
予約日の連絡	緊急性 有・無

ふりがな 患者氏名	男 女
生年月日	昭和・平成・令和□ 年 月 (日生歳)
現住所	〒
電話番号	

*事前にカルテを作成いたしますので、記入をお願いします

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()	

愛媛県立子ども療育センター
 (前整肢療護園)での受診歴
 無・不詳・有= 年 月頃

本票をFAXにて送信してください。診察日が決定しましたら、受診などを記載した診療予約票をFAXにて返信いたしますので、患者様にお渡しください。
 当日は、紹介状等をご持参いただきますようお願いください。

- *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時間稼働していますが、時間外・休診日にお送りいただきますと、翌日もしくは休み明けにご連絡いたします。ご了承ください。
- *病院休診日は土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始(12月29日から1月3日)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

愛媛県立子ども療育センター 地域連携・在宅支援室(平日8時30分～17時15分)

TEL(089) 955-5533(代表) FAX(089)955-5541