

FAX 083-256-8003

長門一ノ宮病院 医療相談部(児童精神科担当) 宛

FAX受付時間：月～土の8:30～16:30 (祝日、盆、年末年始の休みを除く)

児童精神科専門外来 初診紹介申込書

太枠内をご記入ください。

記入年月日： 年 月 日

紹介元	医療機関名					
	医療機関住所					
	TEL			FAX		
	診療科			医師名		
ふりがな			年齢	男・女	生年月日	年 月 日
患者氏名						(歳)
患者住所	県		市			
紹介目的						
病歴等、状況の概略を記載ください。紹介状をFAXしていただいてもかまいません。						

FAX送信後、ご家族に必ず当院へ連絡を入れるよう、ご説明ください。

ご家族からのご連絡の後に受診調整開始となります。

*** 受診確定後、貴院に「診療予定票」をお送りいたします。**

ご不明な点は、「医療相談部」までお問い合わせください。

問い合わせTEL 083-256-2011(病院代表) (内線：452)

*** 以下、当院記入欄**

受理年月日： 年 月 日					
受理PSW		緊急度判定	緊急・急・通常	入院	要・不要
予定診察医		診察予定日	年 月 日 時 分～ 時 分		
紹介元医療機関への返信FAX			年 月 日 済		