

※ 検査予約の場合には、《検査》予約依頼票をご利用ください！

〒 県立尼崎総合医療センター 地域医療連携センター

FAX : (06) 6480-7721

(「0発信」等の設定に伴う誤送信にご注意ください)

県立尼崎総合医療センター

# 《胎児心エコー外来》 予約依頼票 (Ver1.1)

申込日 年 月 日

【依頼元】 医療機関名： 診療科：

医 師 名：

所 在 地：

TEL： FAX：

患者様の予約回答待ち状況  
 ご紹介元医療機関にて外来待機中  
 帰宅されている

【患者様データ】

患者氏名	フリガナ	生年月日	明・大 年 月 日	男 女
	(旧姓)		昭・平・令 ( 歳)	
住 所 電話番号	〒 - Tel. - -			
紹介目的	分娩予定日 年 月 日 (現在 妊娠 週 日)			
	紹介理由； ----- ----- -----			
当院への受診歴 (尼崎病院・塚口病院 を含め)	(有・無) (○印を：尼崎総合医療センター・尼崎病院・塚口病院) 受診科； 診察券番号； - -			
希望診療科	小児循環器内科	希望医師	外来担当医師	
希望受診日	1 月 日、② 月 日、③ 月 日 毎週月曜日の午前、水曜日・金曜日の午後が診察日です。			

\* 折り返し、FAXにて「予約回答書」、「診察申込書」などの必要書類を返信させていただきます。  
受付時間：《平日》午前8時45分～午後7時30分、《土曜日》午前8時45分～午前12時  
《日曜日・休日》受け付け業務なし TEL: (06) 6480-7720(直通)

なお、FAXは24時間対応ですが、時間外の受け付けは翌日対応となります。

\* **来院の際には、必ず保険証、各受給者証、詳細な病状を記した「紹介状：診療情報提供書」をご持参ください。**

\* 転院依頼の場合は、病状を記した「診療情報提供書」も同時にFAXしていただければ幸いです。

**\* 検査予約の場合には、《検査》予約依頼票をご利用ください！**