

産科専用 FAX紹介申し込み票（兼 診療情報提供書）

<医療機関各位>

- ① 申込票兼診療情報提供書ご記入後、総合患者支援センターまでFAXでお送り下さい。（受付時間 平日9：00～17：00）
※17：00以降にいただいたFAXにつきましては、翌営業日の受付とさせていただきます。
- ② FAX後申込票兼診療情報提供書の原本とI1-写真を同封いただき、患者さんへお渡しください。お渡し後は、早めにフリーダイヤル予約へ連絡をし、ご予約をお取りするようご案内ください。
- ③ 申し込み票に記入する個人情報については、診療に必要な患者登録、診療予約等の業務にのみ利用します。

▼ 発信元情報 ▼

医療機関名：	ご担当医名：
電話番号： — —	FAX番号： — —

▼ 患者情報 ▼

フリガナ お名前：	生年月日： 年 月 日 (歳)	外国人の方(国籍：)
住所 〒 —		
電話番号： — —	携帯電話： — —	
当院受診歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(旧姓：)	
週数(最終月経)	妊娠 週 (最終月経 年 月 日)	
分娩予定日	年 月 日 (<input type="checkbox"/> 最終月経より <input type="checkbox"/> CRL <input type="checkbox"/> その他)	多胎妊娠 <input type="checkbox"/> 該当あり
経過概要 その他連絡事項等	胎児心拍確認日 年 月 日 (CRL mm) <input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産 (経膈分娩 回) (帝王切開 回 帝切理由：) 既往妊娠分娩時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 既往歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 精神科等受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () その他連絡事項	

** 問い合わせ先 **

石巻赤十字病院 総合患者支援センター TEL : 0225-21-7240 (直通) 【平日 9：00～18：00】

※ 当院使用欄 ※

患者ID ()