**胎児スクリーニングエコー予約申込書**

**＜紹介状と併せてFAX送信をお願いします＞**

　　　年　　　月　　　日

※　急患は、FAXではお受けできません。ご希望の診療科に直接ご相談ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 送 信 先 | 新潟大学医歯学総合病院　　　　産科婦人科教室　　　　　　　　　　　産科婦人科（℡：０２５－２２７－２３２０　）（〒９５１－８５２０　新潟市中央区旭町通１番町７５４）***FAX番号：０２５－２２７－０７８９***（受付時間：９：００～１6：００）**※診療予約と送信先が異なりますのでご注意願います。** |

○　放射線治療科は、「放射線治療科依頼FAX用紙」と併せて送信をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ご依頼元** | 医療機関名診療科・医師名FAX・電話番号 | （ご連絡担当者：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **ご紹介****患者様** | ふりがな氏名 | 　女 |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　　　　年　　　月　　　日生（　　　　歳） |
| 住所 | 〒　　　　　-　　　　　　　　　　　　電話番号（日中の連絡先又は携帯）　　　　　　　　　（　　　　　　　　　） |
| 当院の受診歴 | 当院の受診歴がありますか？　□はい　　□いいえ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＩＤ：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 | 受診不可能日等があればご記載願います。 |

Ｒ3.10改