

# 診療申込書

県北肢体不自由児リハビリテーション連携事業用

年 月 日

個人情報のため、下記へご郵送下さい。

〒854-0071  
長崎県諫早市永昌東町24番3号  
長崎県立こども医療福祉センター  
地域連携室宛

電話 (0957) 21-2301

医療機関名

住所

TEL

FAX

担当者氏名

Dr PT OT その他( )

ふりがな		男・女	生年月日
患者氏名			年 月 日 ( 歳)
住 所	〒		TEL 自宅： 携帯：
傷 病 名			
ご紹介目的			

①ご紹介いただく患者様のスムーズな受診のために、傷病名・ご紹介目的の記載をお願いいたします。

②申し込み受付け後、リハビリ予約担当(0957-21-9748)より保護者様に日程調整のご連絡をいたします。

③担当の理学療法士よりご連絡をいたしますので、連絡を受けやすい時間帯・連絡先・連絡方法(メール等)をお知らせください。

( )