

## 兵庫県立障害児者リハビリテーションセンター 診療申込書&lt;FAX専用&gt;

兵庫県立障害児者リハビリテーションセンター 宛

FAX 06-6481-5560

紹介元 医療機関名	
住所	
医師名	
電話	
FAX	
送信部署	
送信者名	

## ◎患者情報

フリガナ		性別	男性・女性	年齢	歳
患者氏名					
住所	〒 -	電話			
生年月日	年 月 日	当院 受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

※ご来院時に保険証の確認が必要です。患者さんに紹介状と保険証を持参いただくようお願いください。

(お持ちの場合は医療証もお願いします)

## ◎ご紹介診療科目 ※詳細は外来診療時間表をご覧ください。

- 整形外科・リハビリテーション科  
 小児科(脳神経内科)※月1回 第1火曜日

## ◎紹介目的 ※簡潔にお願いいたします。詳細は診療情報提供書にご記入ください。

--

## ◎希望日時

- 希望時間あり  
 ・第1希望: 月 日( ) 午前・午後( )時 ~ ( )時頃  
 ・第2希望: 月 日( ) 午前・午後( )時 ~ ( )時頃  
 特に希望時間なし

## ●お問い合わせ先

兵庫県立障害児者リハビリテーションセンター

医療相談員 長田

FAX 06-6481-5560 電話 06-6481-5565

受付時間 月～金曜 10:00～18:00

※FAXは24時間受け付けております。時間外・休日着信分は翌日対応となりますのでご了承ください。