**産科専用　FAX紹介受診者票**（兼　診療情報提供書）　　　 　 　年　 　月　　 日

宛先　　**FAX　022-293-0709**　　　　 　　 仙台医療センター紹介予約センター　行

〒983-8520　仙台市宮城野区宮城野2-8-8　 TEL022-293-0703

※夜間（17：15～）、土日祝日は連携室担当者不在のため、翌日または休日明けのお返事となりますのでご了承下さい。

**※緊急の場合、平日日中の時間帯はTEL 022-293-1111 におかけください。**

**平日17:15以降・土日祝日はTEL 022-293-1119 におかけください。**

**▼発信元情報▼**

医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　御担当医名：

電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　FAX：

▼**患者情報**▼

フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：　S H　　 年　　 月　　 日(　 　歳)

お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　 電話番号：　　　　　　 　　携帯番号：

住　所　〒　　 　－

当院受診歴：　 無　　有　　　　　（旧姓　　　 　　　　　　　）

▼**依頼内容**▼

**週数（最終月経）**妊娠　　　　　　　週（最終月経　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日）

**分娩予定日** 　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（□最終月経より　□CRLより　□その他 ）

**紹介目的　※** □妊婦健診・分娩　□セミオープン（□センダードネット　□共通ノート）　□緊急時対応

□その他（ ）　共通ID

直近診察日　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（CRL　　　　　　mm）

**経過概要** □初産　　□経産（経膣分娩　　　回、帝王切開　　　回）

その他連絡事項等 婦人科的合併症　　□なし　　□あり（ ）

※必ず記載を 他科合併症　　□なし　　□あり（ ）

お願いします 既往出産時の異常　　□なし　　□あり（ ）

その他連絡事項；

※以下の事項につきご確認ください

□里帰りや転居の予定はありません □緊急時に当院へ来院可能な地域に住んでいます

□他の分娩施設を予約していません

　　　　　　　　　　　　診療情報提供書として本状を使用される場合、追加情報がございましたら、別紙にて本状に添付をお願いします

下記は記入しないでください。

ＩＤ番号 受診実績 無・有　（　　　　年　　　　月頃　　　　　　科）