

# 【特殊外来予約】 予約依頼票 ・ 確定票

予約依頼：依頼元から → 地域連携室へFAX

依頼元学校名	担当者名：		TEL： ..... FAX：
ふりがな	ID		
患者名	性別		男 ・ 女
生年月日	昭 ・ 平 年 月 日	※診察を受けた事のある 当院小児科医師名	
(注) 診断書	要 ・ 不要	特殊外来	初診 ・ 再診
※ 受診理由	支援員設置/支援学級/支援学校等のため ・ 病院にて発達や心理面を診てほしい		
備考欄			

※マーク:確認必須項目。

## < 提出書類 >

1. 「こどものこころ診療科 初診時間診票」
2. 児の様子・背景情報など、学校からの児のレポート

※検査報告書(知能検査・心理検査)などの情報があればご提出ください。

提出書類は、受診予定日の1～2週までに地域連携室へご提出をお願いいたします。

\* 予約はFAXにて受付いたします。予約依頼書を地域連携室へFAX下さい。

\* 予約が確定した際には、地域連携室からご連絡(確定票FAX)させていただきます。

(注)診断書については、基本的に即日の発行は致しませんのでご了承下さい。

(注)診断書発行には、通常2週間程かかります。ご了承下さい。

## 《確定票》

ご紹介頂いた患者様の予約日程は、下記の通りに決まりましたので通知いたします。

【宮古病院 地域連携室 記入欄】

確定後：地域連携室から → 依頼元へFAX

予約日時	平成 年 月 日 ( ) 時	担当医：
------	----------------	------

当日持参して頂く物： 母子手帳 ・ 健康保険証 ・ 診察券

\* 外来状況に応じて、待ち時間が発生する場合がございます。ご了承をお願いいたします。

\* 都合が悪く、受診の変更・取り消しを希望される方は、お早めに連絡を下さい。

\* 緊急事態が発生した場合は、予約を変更させていただく事があります。ご了承をお願いいたします。

連絡先：沖縄県立宮古病院 地域連携室

TEL：(0980)-72-1352

FAX：(0980)-72-1362