

医療機関案内依頼書

(聴覚に障害のある方、音声・言語機能に障害のある方専用FAX)

FAX番号 048-831-0099

送信先 埼玉県救急医療情報センター

送信日	平成 年 月 日
受診する方の名前(ふりがな)	
住所	
FAX番号	
性別 (○をつける)	男 ・ 女
年齢	才
希望する科目 (例 内科・外科・小児科等)	※歯科、口腔外科、精神科の案内はしていません。
どんな症状ですか	
付き添いの有無 (○をつける)	有 ・ 無

【ご案内に当たっての注意事項】

受入れ可能な医療機関をお探しいたしますので、上の欄にご記入の上、FAXしてください。

当センターは、ご自分で病院へ行ける方への救急医療機関案内ですのでご了承ください。

なお、医療相談はしていませんのでご承知おきください。

FAX受信後に医療機関と調整の上、折り返しご連絡いたします。

調整に時間がかかる場合がありますので、ご承知おきください。

また、お問い合わせに対してご案内できない場合もありますので、ご承知おきください。