

# 医療機関案内依頼書

(聴覚に障がいのある方、音声・言語機能に障がいのある方専用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	令和            年            月            日
御相談者様のお住いの市町村 (さいたま市にお住いの方は区まで 御記入をお願いします。)	
F A X 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

\* 医療機関を御案内する際に必要な情報になりますので、御了承ください。

## 【御案内に当たつての注意事項】

以下の事項につきまして、御理解賜りますようお願い申し上げます。

- ・受入れ可能な医療機関をお探しいたしますので、上の欄に御記入の上、FAXしてください。
- ・当センターは、御自分で病院へ行ける方への救急医療機関案内です。
- ・なお、医療相談はしていません。
- ・FAX受信後に医療機関と調整の上、折り返し御連絡いたします。
- ・調整に時間がかかる場合があります。
- ・お問い合わせに対して御案内できない場合もあります。