

〒○○○-○○○○  
神奈川県○○市○○区○○1-1-1  
紹介元医療機関名  
紹介元医療機関診療科  
紹介元医師名 先生



神奈川県立こども医療センター

## 紹介元医療機関様用 受診連絡票（受診日のお知らせ）

ご紹介いただきました ○○ ○○ 様の予約をお取りしましたのでお知らせします。

病歴番号：000\*\*\*\*\*

診察日 令和○年○月○日  
診療科 ○○○科

- ※受診日は患者様にも同様にお伝えしておりますので、貴院からのご連絡は不要です。
- ※なるべく早い日程でご案内しておりますが、混雑状況により先になる診療科もございます。
- ※取り急ぎ受診日を設定している為、今後患者さんのご都合により受診日が変わる可能性があります。受診日が変わった場合、改めてお知らせはしていません。
- ※紹介状を医師が拝見（一部診療科を除く）し、受診日を設定しておりますが、患者様の症状により緊急の対応等の必要があれば医師から当センター医師宛にご連絡ください。

### お知らせ

- ご紹介いただくにあたって
  - ・当センター紹介用の診療情報提供書(はがき、手書きタイプ)がございますが、書式は問いませんので、貴院の書式の診療情報提供書でも構いません。
  - ・診療情報提供書は郵送又はFAXで地域医療連携室までお送りください。
  - ・患者様に連絡を入れるため、連絡先(住所、電話番号)をご記載ください。

〒232-8555 横浜市南区六ツ川2丁目138-4  
神奈川県立こども医療センター 地域医療連携室  
電話 045-711-2351(月～金曜日 10:00～16:00)  
Fax 045-710-1933  
<http://kcmc.kanagawa-pho.jp/>