

## 予約方法 ①



### 医療・療育機関の方

各医療機関からご紹介いただくことを原則としております。  
所定の申込書でFAXにてお申し込みください。

申込みの流れ

#### 1. 紹介元医療機関

診療申込書を地域連携課宛てにFAXしてください。  
できれば、診療情報提供書を添えてお願いします。

#### 2. コドモックル地域連携課

申込書（診療情報提供書）を受信し、予約票をFAXで返信します。  
診療科によっては、当日のお返事ができないことがあります。ご了承ください。

#### 3. 紹介元医療機関

紹介状（診療情報提供書）を患者さんにお渡しください。  
予約票の内容を患者さんへお伝えください。

#### 4. 患者さん・ご家族

紹介状、保険証、各種受給者証、母子手帳を持参し指定日時に受診してください。

\*当日体調が悪いときには、感染拡大防止のために、来院前にお電話でご相談ください。

（発熱、下痢、嘔吐、発疹、インフルエンザの方との接触など）

#### 地域連携課(直通)

TEL 011-691-8052

FAX 011-691-8034

受付時間 平日9時～17時

土・日曜日、祝祭日、年末年始（12月29日から1月3日まで）

は、予約受付はしていません。