

島根大学医学部附属病院

FAX 診療申込書（出生前検査）

地域連携室 FAX 番号 0853-20-2063

この FAX 診療申込書により受け付けます

（電話での申し込みは受付していません）

下記の項目は、必ずご記入ください

● ご施設名 病院・医院

● 診療科

● 主訴または傷病名（適応をご記入ください）

● 患者氏名

● 生年月日 年 月 日 （ 歳）

● Tel:

● 携帯