

胎児心臓エコー外来予約FAX用紙

依頼医療機関名	
依頼医師名	
連絡先FAX番号	()

母体患者名	
母体生年月日	
住所	
電話番号	()
現在の妊娠週数	週 日(月 日現在)
予定日	平成 年 月 日
疑われる疾患・これまでの説明内容など	
希望受診日	平成 年 月 日
検査日は毎週月曜日午前中です	

FAX先： 073-441-0819(和歌山周産期情報センター)

平日9時～16時まで。それ以外のFAXについては翌診療日での対応になります。

折り返し受診日をFAXさせていただきます。