

＜＜御紹介医⇒北村山公立病院＞＞

北村山公立病院FAX申込様式第1号

患者様紹介・予約申込書

平成 年 月 日

北村山公立病院
医療福祉連携室 宛
FAX 0120(45)7075

医療機関名
医 師 名
T E L
F A X

患 者 様 情 報			
フリガナ		生 年 月 日	
氏 名	(男・女)	明・大 昭・平	年 月 日(歳)
患者住所	〒 - TEL ()		
北村山公立病院受診歴	☐ 有り ☐ 無し	診察券番号()	

紹 介 目 的 ☐ 診 察 ☐ 検 査

コメント

希望診療科(○で囲んでください)

内 科	循環器内科外来 (月・木・金のみ)	腎臓内科外来 (火のみ)	
小 児 科	外 科	乳腺外科	整形外科
形成外科	皮 膚 科	脳神経外科	泌尿器科
産婦人科	眼 科	耳鼻咽喉科	リハビリテーション科
麻 酔 科	放射線科	神経内科(月・火・木のみ) ※火は午前のみ	

診察希望医師(有りの場合のみ、□に✓をつけてください)

☐ 有り	(希望医師)
-----------------------------	---------

検査(診察)希望日(□に✓をつけてください)

☐ 明 日	・	☐ 一週間以内	・	☐ 一週間以降でも可	・	☐ 希望日(月 日)
------------------------------	---	--------------------------------	---	-----------------------------------	---	------------------------------------

※ 御紹介いただきましてありがとうございます。
※ 30分以内に当院からご連絡申し上げます。
※ 希望医師を指定した場合は、ご希望の日に予約ができない場合もあります。