

<かかりつけ医⇒北村山公立病院>

北村山公立病院FAX申込様式第1号

紹介・予約申込書

FAX番号 0120-45-7075

年 月 日

北村山公立病院
医事情報課 地域連携係 宛
TEL 0237-43-7001(連携係直通)

紹介元医療機関名

医師名

TEL

FAX

● 紹介患者情報

フリガナ		性別 (男・女)	
患者氏名		電話番号 ()	
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日 (歳)	
患者住所	〒 -		
北村山公立病院受診歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	診察券番号

● 臨床診断、検査の目的など

--

● 希望診療科(○印をいれてください)

<input type="checkbox"/>	内科	<input type="checkbox"/>	整形外科	<input type="checkbox"/>	泌尿器科
<input type="checkbox"/>	循環器内科	<input type="checkbox"/>	形成外科	<input type="checkbox"/>	眼科
<input type="checkbox"/>	腎臓内科	<input type="checkbox"/>	皮膚科	<input type="checkbox"/>	耳鼻いんこう科
<input type="checkbox"/>	呼吸器外科	<input type="checkbox"/>	脳神経外科	<input type="checkbox"/>	リハビリテーション科
<input type="checkbox"/>	消化器内科	<input type="checkbox"/>	脳神経内科	<input type="checkbox"/>	麻酔科
<input type="checkbox"/>	外科	<input type="checkbox"/>	産婦人科	<input type="checkbox"/>	小児科
<input type="checkbox"/>	乳腺外科				

● 診察希望医師(ありの場合は、希望医師名まで忘れずに記入してください)

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり  (希望医師)
-----------------------------	---

● 診察希望日

<input type="checkbox"/> 明日	<input type="checkbox"/> 一週間以内	<input type="checkbox"/> 一週間以降でも可
-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

※特にご希望日がある場合や、ご都合のよくない日などがある場合は、ご記入ください。

■ お申し込みの際は、上記をご記入の上、診療情報提供書の写しと併せてお送りください。

※ご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。

※予約日時が確定後、「診療予約確認書」をFAXでお送りします。[患者様控]を患者様にお渡しください。

※受診当日に、診療情報提供書とともにご持参くださいますよう、お伝えください。

※診察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があります。