

<<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)

	内科		外科		泌尿器科
	循環器内科		肛門外科		産婦人科
	総合診療科		乳腺外科		眼科
	呼吸器内科		呼吸器外科		耳鼻いんこう科
	腎臓内科		整形外科		リハビリテーション科
	消化器内科		脳神経外科		麻酔科
	脳神経内科		形成外科		
	小児科		皮膚科		

● 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。