

年 月 日

公立世羅中央病院 地域医療連携室 行
 (FAX : 0847-22-2620)

紹介患者予約受付FAX送信用紙

紹介元医療機関

| | |
|-------|--|
| 所在地 | |
| 名称 | |
| 紹介医師名 | |
| 電話 | |
| F A X | |

紹介患者様の情報及び希望される診療科と紹介目的

| | | | |
|--------|---------------------|----|-----|
| (ふりがな) | | | |
| 患者氏名 | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 生 | | |
| 患者住所 | 〒 _____ | | |
| 電話番号 | 自宅番号() - 携帯番号() - | | |

| | |
|-------------|--|
| 受診科 | |
| 医師 | |
| 希望年月日 | 第1希望 年 月 日 () 第2希望 年 月 日 () <input type="checkbox"/> いつでも可 |
| 紹介目的 | |
| 症状等 | |
| 連絡事項 その他 | <input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> 入院中 |