



医療機関⇄荘内病院

FAX 0235-26-5156

荘内病院 紹介患者予約申込書・連絡票(FAX用)

令和 年 月 日

FAX予約は平日の17:00まで受付した分で、それ以後は翌日のお返事となります。
当日の診療予約はお受けできませんのでご了承下さい。

医療機関名

医師名

荘内病院診察券番号

電話 FAX

◎太線の枠の中をご記入下さい。

Form with fields for Name (フリガナ, 氏名, 性別, 生年月日), Address (住所), Appointment Date (受診希望日), Doctor Name (医師名), and a grid of medical specialties (e.g., 神経内科, 呼吸器科, 消化器科, etc.). Includes checkboxes for symptoms and a section for patient history.

※病状によっては紹介予約より早めの予約をご希望の際は、連絡ください。

紹介予約票

月 日 () AM/PM :

受診科 科 担当医師 医師

受診の際は、紹介状・お薬手帳・薬(現物)・予約票・マイナンバーカードまたは資格確認書・当院受診券(ある場合)他に、XP・CT・MRI・画像などがある場合必ずご持参下さい。
・エコー、CT、MRI、内視鏡などの検査は後日の予約検査となります。

荘内病院 地域医療連携室

電話 0235-26-5155(直通)

FAX 0235-26-5156(直通)