



荘内病院 紹介患者予約申込書・連絡票(FAX用)

平成 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), Sex, Birth Date, Address, Consultation Date, Doctor Name, and a list of medical specialties with checkboxes.

※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・予約票・保険証・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。予約した診療科の受付に直接おいで下さい。現在服用中の薬があれば、ご持参またはお薬手帳をお持ち下さい。

荘内病院 地域医療連携室
電話 26-5155(直通) 内線 6200
FAX 26-5156(直通)