



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。

氏名	フリガナ	男 女	生年 月日	明・大・昭・平		
					年	月
住所						(電話)
受診希望日	第1希望日 月 日 ()		第2希望日 月 日 ()			
	医師名			先生		
◎診察依頼 該当する科に必ず印をつけて下さい。						
<input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 呼吸器科(画像ありなし) <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> ペイン・クリニック <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 乳腺専門外来 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> IBD・ピロリ菌専門外来 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 内科(糖尿・内分泌) <input type="checkbox"/> 整形外科(脊椎・関節・手・一般) 内科(糖尿・内分泌)、 整形外科は※にも必ず○印をつけて下さい。						
※糖尿病パス 無・有 ※添付資料の無・有 (XP・MRI・CT)						
内容	・病状や受診目的等必ずご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 早目受診希望。 連携室より電話します。					

※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・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。

・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 26-5155(直通) 内線 6200

・FAX 26-5156(直通)