



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, 性別, 生年月日), Address, Appointment Date, Doctor Name, Specialty Selection, and Content. Includes a list of medical specialties and checkboxes for symptoms and travel 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・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)