

紹介患者予約 F A X 申込書 ID :

紹介元医療機関情報	
郵便番号	
所在地	
医療機関名	
医師名	
電話番号	
FAX番号	

患者情報	
フリガナ	
患者氏名	様 (男・女)
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 歳
依頼内容	認知症：有・無

担当医師への連絡	有 ・ 無	来院方法	自家用車・救急車・その他 ()
		移動方法	歩 行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー

受診希望日	平成 年 月 日 曜日 ・ 2～3日以内 ・ 1週間以内 ・ その他 ()
-------	---

予約科名 (○で囲んで下さい)	
内科・消化器科・循環器科・呼吸器科・小児科・外科・整形外科 (火曜日は手術の為休診 要相談)	
() 医師 ← ※	希望日に指定医の診察がない場合は、日付を優先させて 同じ科の他の医師が診察することがあります。

- ※ 紹介状 (診療情報提供書) を F A X される場合は、依頼内容の記載は不要です。
 - ※ 至急の場合は医師に直接ご連絡下さい。
 - ※ 本申込書をお受け取り次第、受診予約票を F A X でご返送いたします。
 - ※ 当日の予約が一杯の場合は要相談とさせていただきます。
 - ※ 紹介患者予約 F A X 申込書は萩市民病院のホームページよりダウンロードできますのでご利用下さい。
- 受付時間 平日・午前 8 : 3 0 ~ 午後 5 : 0 0 (土・日・祝日・年末年始を除く)