

紹介患者予約FAX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・令 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 | 令和 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・呼吸器科・消化器科・循環器科・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FAX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FAX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FAX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8:30~午後5:00(土・日・祝日・年末年始を除く)