

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
依頼内容	認知症:有・無

担当医師への連絡	有り・無し	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(火一手術の為休診 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・祭日を除く)