

紹介患者予約申込書

予約申込日: _____ 年 月 日

- ◆ 下記フォームにご記入後、FAX送信してください。
 予約確定後、「予約票」をお送りさせていただきます。
 なお、確認のため電話にて連絡させていただく場合もございます。ご了承ください。

■ご紹介元医療機関情報

医療機関名	様		
ご担当医師名	先生		
TEL	—	—	
FAX	—	—	

■ご紹介患者様情報

ふりがな			性別	男 ・ 女
氏名			生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 歳
住所	〒 —			
電話番号	自宅	—	—	
	携帯	—	—	
三友堂病院 受診歴	あり ・ なし ・ 不明		診察券番号	

■受診希望科

希望する診療科			
医師指定	医師 ※指定がある場合のみ記入		
受診希望日	第1:	年	月 日
	第2:	年	月 日
	希望日なし	→ 都合の悪い日 ()	

■患者様ご紹介時の留意事項

- ◆ 予約された患者様の診療情報提供書は数日以内、遅くとも予約日前日まで地域医療連携室宛てにFAXをお願いいたします。

ご不明な点がございましたら地域医療連携室0238-24-3701にご連絡ください。