

# 患者紹介予約申込書（FAX用）

済生会山口総合病院 地域連携室 行

**FAX 083-928-3357**

TEL 083-901-6187

令和 年 月 日

紹介元医療機関
医師氏名
TEL
FAX

フリガナ	
紹介患者氏名	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 才 男・女
住 所	〒 -
電話番号	

※ お手数ですが、事前にカルテを準備いたしますので、諸事項のご記入をお願いいたします。保険証は、来院時に確認させていただきます。

紹介科名 (○で囲んでください)

内 科	【 消化器 ・ 循環器 ・ 呼吸器 ・ 血液内分泌 ・ 腎 】				
外 科	【 心血管 ・ 血管 ・ 呼吸器 ・ 消化器 ・ 乳腺 ・ 一般 】				
整形外科	脳神経外科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	眼 科	産婦人科
皮膚科	小児科	神経内科	放射線科		

受診希望日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

紹介目的
------

来院方法 (○で囲んでください)	・救急車	・救急車以外	
移動方法 (○で囲んでください)	・ストレッチャー	・車椅子	・歩行