

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

平成 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 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 平成 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