

# 紹介患者予約申込書（FAX用）

美祢市立美東病院 地域連携室 行  
FAX 08396-2-0565

申込日 平成 年 月 日

<b>患 者 情 報</b>	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	男・女	
	郵便番号	〒 _____		
	住所			
電話番号		当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※わかる範囲で結構です	

<b>紹 介 医 療 機 関</b>	名 称	
	医師氏名	
	TEL	
	FAX	

<b>希 望 診 療 科</b>	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科
	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	
	ご希望の医師 _____ 医師                      ・指定なし		

<b>希 望 検 査</b>	<input type="checkbox"/> CT	部位 ( _____ )
	<input type="checkbox"/> MRI	部位 ( _____ )
	<input type="checkbox"/> 内視鏡	生検 ( <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 )
	<input type="checkbox"/> 腹部エコー	

<b>ご 紹 介 目 的</b>	
----------------------------------	--

<b>希 望 日</b>	第1希望日	平成 年 月 日 ( ) 時 分
	第2希望日	平成 年 月 日 ( ) 時 分

★どちらかに印をつけてください

- 患者さんが待っておられるのですぐに予約票を送付してほしい。
- 予約票の送付は急がない。

**受付時間 : 平日 8:30~17:15**  
**土日祝日及び年末年始は予約受付業務をしております。**  
 美祢市立美東病院 地域連携室 直通TEL 08396-2-2121