

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

患者情報	フリガナ			紹介医療機関	名 称		
	氏名				医師氏名		
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	男・女		TEL		
	郵便番号	〒 一			FAX		
	住所						
	電話番号				当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

希望診療科	<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			

希望検査	<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	

ご紹介目的							

希望日	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せん。

美祢市立美東病院 地域連携室 直通TEL 08396-2-2121