

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 令和 年 月 日

患者情報	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

紹介医療機関	名称	
	医師氏名	
	TEL	
	FAX	

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		
	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	
-------	--

受診希望日	令和 年 月 日 () 時 分
-------	---------------------

来院方法	・救急車 ・救急車以外	移動方法	・ストレッチャー ・車椅子 ・歩行
家族の付添	・有 ・無		

☆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