

紹介患者予約申込書(FAX専用)

送信先 FAX:0836-65-2072

阿知須共立病院 地域連携室

紹介元医療機関

名称

診療科

TEL

FAX

様

担当医師

【患者情報】

フリガナ

様

(男 女)

患者氏名

生年月日

明・大・昭・平・令 年 月 日 才

住所

TEL:

()

診療該当保険 (一般保険診療 交通事故 労災)

(該当するものに○をお願いします)

【診療予約】

紹介科(該当するものに○をお願いします)

内科 ・ 外科 ・ 整形外科 ・ 脳神経外科

医師名

先生

受診希望日時

受診希望時間

月

日

(曜日)

時頃

【検査予約】

希望日時:

月

日

(曜日)

時頃

CT

(部位:

)

MRI

(部位:

)

内視鏡

(部位:

上部

下部)

骨塩

マンモグラフィー

【コメント記入欄】

※お問い合わせがありましたら、ご連絡ください。

阿知須共立病院 地域連携室 (TEL:0836-65-2190)