

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)
当院に受診歴のない患者様については、保険情報も併せて事前FAX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)