

FAX

次のとおり、紹介患者の受け入れをお願いします。

フリガナ			
患者氏名			男 ・ 女
生年月日	大 昭 平 令	年	月 日
患者住所			
電話番号(日中 連絡がつく番 号)	自宅		
	携帯		
受診科			
受診希望日	① ・ ② どちらか選択してください		
	① 紹介元医師の希望		
	緊 急 ・・・当院救急室へ <u>医師から直接ご連絡ください。</u> (救急は、この申込書は不要です)		
	1 至 急 翌日から3開院日以内の診察希望		
	2 通 常 4開院日以降の診察希望		
	② 患者さん希望日		
	第 1	月	日 () 第 2 月 日 ()
特に医師の指定がある場合のみ記入	医 師	病 名 又は 病 状	
来院歴	な し ・ あ り		

発信日 年 月 日

《注意事項》患者さんにお伝え下さい。

- ### ※当日受診の希望について

- ・消化器内科は、当日・翌日の外来受診はできません

- ・小児科は、AM11:30までは外来で内容を伺います

- ⑤ お薬を飲んでいる方は、「おくすり手帳」

- 3 来院した際は、最初に玄関受付カウンターの「総合受付」で受付をしてください。