

# 糸魚川総合病院の紹介患者事前申込書 ( F A X 用 )

F A X 番号 ( 直通 ) 0 2 5 - 5 5 2 - 0 8 1 5

送付日 平成 年 月 日

糸魚川総合病院 地域医療連携室 行

( 依頼元 ) 医療機関名

電話 番号

F A X 番号

医 師 名

当日及び翌日等の至急の受診希望の患者様については直接外来へ御連絡下さい。

ご希望の科に丸印をつけて下さい

- |     |         |        |    |         |    |         |        |     |    |         |
|-----|---------|--------|----|---------|----|---------|--------|-----|----|---------|
| ・内科 | ( 一般 )  | 循環器    | 腎臓 | 消化器 ( ) | 肝臓 | ・小児科    | ( 一般 ) | 循環器 | 神経 | その他 ( ) |
|     | 糖尿病 ( ) |        |    |         |    |         |        |     |    |         |
|     | 呼吸器     |        |    |         |    |         |        |     |    |         |
|     | 血液      |        |    |         |    |         |        |     |    |         |
|     | その他 ( ) |        |    |         |    |         |        |     |    |         |
| ・外科 |         | ・脳神経外科 |    | ・産婦人科   |    | ・耳鼻咽喉科  |        |     |    |         |
| ・眼科 |         | ・整形外科  |    | ・皮膚科    |    | ・泌尿器科   |        |     |    |         |
|     |         | ( 部位 ) |    | ・呼吸器外科  |    | ・心臓血管外科 |        |     |    |         |

備考 ( 御希望があれば差し支えない範囲でお書き下さい )

受診不可能な日・曜日があれば  
お書き下さい

もしあれば希望医師名 :

丸印をつけて下さい

予約日の返事は...

・至急  
( 患者様がお待ちです )

・本日中

時頃まで

・後日

## 紹介患者情報

ふりがな 氏名 :	性別 男・女	生 年 月 日	M T S H	年 月 日生 ( 歳 )
住所 :	T E L :			

丸印をつけて下さい

糸魚川総合病院に受診されたことが... ・ある ・ない

F A X 受付時間 平日 9 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0

ご希望の医師が受診予定日に不在の場合は、他の医師が担当させていただくことになります。  
診療日・受付時間・注意事項などは、病院の外来診療担当医表やお知らせをご覧ください。  
折り返し「診療予約通知書」を F A X 致しますので、患者様にお渡し下さい。  
ご不明な点等ありましたら、地域医療連携室あてお問い合わせ下さい。

糸魚川総合病院 地域医療連携室  
TEL 025-552-0280(内線 1 3 4 5)  
様式 1 ( H19.10.1 改訂 )