

年 月 日

加茂病院 受診予約FAX申込書

紹介先

加茂病院

地域医療連携室 行

TEL 0256 - 52 - 0050 (直通)

FAX 0256 - 52 - 0776 (直通)

【FAX受付時間 月～金 8:30～16:45】

紹介元

医療機関名

医師名

TEL

FAX

連絡担当者

| | | |
|----------|--|----|
| 予約科・希望医師 | 科 | 医師 |
| 予約希望日 | <input type="checkbox"/> 第1希望日： 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 第2希望日： 年 月 日 () <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 都合の悪い日： 年 月 日 () (備考欄) | |
| | 当院受診歴 有・無 患者さんが待合室で <input type="checkbox"/> 待っている ・ <input type="checkbox"/> 待っていない | |

| | | | | |
|---|--|------|-----------------------|-----|
| フリガナ | | 生年月日 | 大・昭・平・令 年 月 日 (歳) | 男・女 |
| 患者氏名 | | | | |
| 住 所 | | | 電話番号 | |
| 紹介目的 | 1 精査・診断 2 治療 3 入院 4 検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 傷病名・主訴 | | | | |
| 病状経過 治療経過 検査結果 既往歴 家族歴 現在の処方 | ※ 紹介状（診療情報提供書）を併せてFAXしていただければ、ご記入は不要です。 | | | |
| 持参資料 | 有・無 <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

送信枚数：計 枚