

庄原赤十字病院紹介予約申込書(FAX用) 様式1-1

* お手数ですが、別途診療情報提供書(紹介状)をご用意ください。

ふりがな			
患者氏名	男 ・ 女		
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月 日 才
住 所	〒 _____ 市 ・ 郡 _____ 町 _____ TEL(_____) _____ - _____		
受診希望診療科	内科 ・ 消化器内科 ・ 糖尿病内科 ・ 循環器内科 腎臓内科 ・ 外科 ・ 透析外科 ・ 整形外科 ・ 脳神経外科 婦人科 ・ 小児科 ・ 耳鼻咽喉科 ・ 皮膚科 ・ 泌尿器科 眼科 ・ 麻酔科(ペインクリニック)	<input type="checkbox"/> 担当医 <input type="checkbox"/> _____ 医師	
緊 急 性	有 ・ 無	緊急性有りの場合	<input type="checkbox"/> 救急車を使用する。 <input type="checkbox"/> 救急車を使用しない。
受診希望日時	平成	年	月 日 時頃
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 ・ <input type="checkbox"/> 検査 ・ <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> その他(骨粗しょう症外来 ・ _____)		
・コメント(簡単に結構です)			
病院・医院名 _____ 医師氏名 _____			

ご記入いただいた個人情報は医療の提供のために用います。

庄原赤十字病院 地域医療連携室

直通 TEL 0824-72-3283(平日 8:30~17:00)

" FAX 0824-72-3326(平日 8:30~17:00)

上記時間帯以外 TEL:0824-72-3111 FAX:0824-72-3576

地域医療連携室 FAX 番号 0824-72-3326
