

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	大・昭・平・令	年	月 日 才
住 所	〒 TEL(-)		
希望診療科	内科・消化器内科・循環器内科・呼吸器内科 糖尿病内科・腎臓内科・外科・整形外科(骨粗しょう症外来) 脳神経外科・産婦人科・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・漢方疼痛緩和)	<input type="checkbox"/> 担当医 <input type="checkbox"/> _____ 医師	医師への連絡(済・未)
受診希望日	① 令和 年 月 日		
	② 令和 年 月 日		
	③		
紹介目的(紹介状を FAX される場合には記入は不要です。)			
病院・医院名	_____		
医師氏名	_____	TEL ()	—
		FAX ()	—

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。

総合病院 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)
 直通 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
