様式1-1

庄原赤十字病院紹介予約申込書(FAX用)

＊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	女性	
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　　才	
住所	〒　　－ TEL(　　)　　－	
受診希望診療科	産婦人科	＿＿＿＿＿＿ 医師
受診希望日	令和　　年　　月　　日(　　)	
紹介目的	□ 妊婦健診　□ 里帰り出産　□ その他〔　　〕	

・コメント(簡単で結構です)

病院・医院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL (　　)　　－

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　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。

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