

紹介予約票

依頼日 年 月 日

紹介元			
医療機関名		電話:	
医師氏名		先生 FAX:	
受診希望日	平成 年 月 日() 来院時刻 時 分頃	貴院の <input type="checkbox"/> 外来患者様 <input type="checkbox"/> 入院患者様	
フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 歳
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 携帯 ()
住所	(〒 -) <input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 町 丁目 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 郡		
依頼項目	<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他()		
傷病名・紹介目的			
依頼先診療科	<input type="checkbox"/> 救急科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 腎臓科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 血液科 <input type="checkbox"/> 神経科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 乳癌科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 心臓科 <input type="checkbox"/> 脳神経科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> ペインクリニック <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 緩和科 <input type="checkbox"/> 救急科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 原病内科		
担当・希望医師氏名		担当医への連絡	<input type="checkbox"/> 連絡済 <input type="checkbox"/> 連絡無
患者様来院時	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他()		
備考 (受診日のご都合の良い日悪い日、検査のご希望などございましたらご記入下さい)			

下関市立市民病院 地域連携部 病診連携室
 〒 750-8520 山口県下関市向洋町1丁目13番1号
 電話:083-231-4111
 病診連携室 直通 電話:083-224-3860
 FAX:083-224-3861

