

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	年 月 日 () 来院時刻 時 分頃	貴院の	<input type="checkbox"/>	外来患者様		
フリガナ			<input type="checkbox"/>	入院患者様		
患者氏名	生年 月 日	<input type="checkbox"/>	明治	<input type="checkbox"/>	大正	
		<input type="checkbox"/>	昭和	<input type="checkbox"/>	平成	<input type="checkbox"/>
住所	(〒 -) □都 □道 □府 □県	電話	<input type="checkbox"/>	自宅	<input type="checkbox"/>	その他()
			<input type="checkbox"/>	携帯	()	
		<input type="checkbox"/>	市	<input type="checkbox"/>	区	町 丁目
		<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"/> 泌尿器科 <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"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 乳腺科 <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"/> 耳鼻咽喉科 <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"/> 緩和ケア内科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア内科					
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ください)						

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