

地域医療連携予約申込FAX用紙

ふりがな				
患者氏名				男 女
生年月日	M・T・S H・R	年	月	日 歳
患者住所				
電話番号	()	-		

移動方法	ストレッチャーで来院されますか？ (はい ・ いいえ)
ID番号	市立三次中央病院の診察券をお持ちの方 - -

診療科	
医師指定 (指定なしの場合は無記入でお願いします)	
希望日 (希望なしの場合は無記入でお願いします)	
①	月 日 ()
②	月 日 ()
紹介目的	

年 月 日

※この用紙は診療情報提供書にはなりませんので、
 患者様には別途、診療情報提供書をお渡しく下さい。

紹介元医療機関	◎所在地・名称・紹介医師名をご記入下さい。
	(電話番号) (FAX番号)