

### 地域医療連携予約申込FAX用紙

ふりがな				
患者氏名				女
生年月日	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	産婦人科
医師指定 (指定なしの場合は無記入をお願いします)	
希望日 (希望なしの場合は無記入をお願いします)	
①	月 日 ( )
②	月 日 ( )
紹介目的	分娩および周産期管理 分娩予定日 : 年 月 日 (特記事項)

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)