

※ 記入例

宛先 藤元早鈴病院 地域連携室 宛 TEL0986-25-1313 FAX0986-22-6601

貴医療機関のご担当医師名をご記入ください。

貴医療機関名	〇 〇 病 院	診療科	□ □ □ □ 科
住所	都城市早鈴町 17-1	貴医師名	〇 〇 〇 〇 先生
TEL	0986-25-1313	御担当	△ △ △ △ 様
FAX	0986-22-6601		

当地域連携室から連絡を差し上げる際のご担当者名（医師に限らず看護師や受付の方でもOK）をご記入ください。

紹介患者予約申込書

西暦・元号どちらでもOKです。

FAX送信日 年 月 日

※該当項目には、チェック又は○をお願いします。

基本情報	フリガナ	フジモトタロウ		生年	明・大		
	患者氏名	藤元太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	月日	<input checked="" type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平	40年 1月 1日 44歳	
	現住所	都城市早鈴町 x x - x		電話	(0986) 25-xxxx		
希望内容	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 ※当院に初めて受診される患者さまは、カルテを事前作成いたします。					
	診察予約	<input type="checkbox"/> 診察のみ <input checked="" type="checkbox"/> 他検査まで <input type="checkbox"/> 加療まで <input type="checkbox"/> 入院希望					
		疾患名	脳梗塞疑い		ADL	<input checked="" type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 担送	
		<input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 療養科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input checked="" type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 放射線治療科 <input type="checkbox"/> ガンマナイフ					
	医師への事前連絡 <input type="checkbox"/> 済 <input checked="" type="checkbox"/> 未						
備考	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 補足事項等をご記入ください。 </div>						

※ 受付時間は8:00~17:00となります。17:00以降にFAXいただきましたお返事は翌日とさせていただきます。

※ 土・日・祝・祭日は誠に勝手ながらお休みとさせていただきます。