

[FAX] 予約診療申込書・診療情報提供書

お申込日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 : 0154-46-2870 (外来直通) 医療法人 太平洋記念 みなみ病院

FAX番号 : 0154-46-3583

ご紹介元医療機関様

医療機関名		電話番号	
診療科		FAX番号	
医師名		送信担当者様	

受診が出来ない日時を記入して下さい

--

患者様情報

フリガナ		住所	〒 _____ - _____
氏名	_____ 様 男・女	住所	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	連絡先	- -
入外区分	入院中 ・ 外来通院中	続柄	本人 ・ 家族
保険番号		移動	独歩 ・ 車イス ・ ストレッチャー
記号	_____	番号	_____

家族 情報	氏名 :	
	続柄 :	
	住所 :	
	連絡先 :	

傷病名	
紹介目的	
既往歴	
病状経過	
治療経過	
処方等	
その他・資料	<input type="checkbox"/> 有 (CD-R 検査データ その他 : _____)

※ 予約受付窓口は当院の外来となりますので、確認事項等ございました場合は外来看護師よりご連絡をさせていただきます。

※ 予約日時が決定次第ご連絡をさせていただきますので、患者様に予約日時の伝達をお願い致します。