

専用FAX・電話(0859)42-5805

济生会境港総合病院紹介患者連絡票

依頼日 年 月 日

患者様は貴院でお待ちですか？ はい いいえ

診療科	*ご希望診療科にチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 総合内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 肝臓内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 漢方外来 <input type="checkbox"/> 胃瘻交換 <input type="checkbox"/> 小児科 外科(<input type="checkbox"/> 心臓血管 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 消化器) <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 栄養サポート外来		
紹介医師	先生		
緊急性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
診療情報提供書	*診療情報提供書(検査データ等)は必ず添付してください。		
受診希望日	第一希望日	年	月 日 ()
	第二希望日	年	月 日 ()
	第三希望日	年	月 日 ()
患者情報	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日(才) 男・女
	住所		
	電話番号	()	-
紹介医	医療機関名		
	医師名		
	T E L		
	F A X		
備考			

* 当日受診希望の患者様は地域医療総合支援センター(0859-42-5805)まで直接、ご相談ください。

* 受付時間外に届いたFAXは、翌診療日の対応となります。

* 診療科によっては外来で予約調整いたしますので、お返事にお時間がかかります。ご了承ください。

地域医療総合支援センター <FAX受付時間> : 8時30分~16時30分

<休 診 日> : 土曜日・日曜日・祝日・年末年始