

紹介患者受診予約票

年 月 日

施設名

所在地

TEL

FAX

●受診希望日

受診希望日	① 月 日 ()	受診希望科	内科 外科 呼吸器外科 整形外科 形成外科
	② 月 日 ()		脳神経外科 脊髄脊椎外科 泌尿器科
希望医師			リウマチ科 乳腺外科 放射線科

●患者情報

フリガナ		生年月日	年 月 日 () 歳	男・女
氏名				
新小文字病院	受診歴	有・無		

(お願い)

※事前にカルテ作成の準備をさせていただきますので、本紙と患者情報票をFAXしてください。

※かかりつけ医からの診療情報提供書があれば添付してFAXしてください。

※当日は「健康保険証・各種医療証」をご持参いただくようお願い致します。

新小文字病院 医療連携室宛 FAX 093-391-7765