

診療依頼書(予約票)

平成 年 月 日

南相馬市立総合病院
地域医療連携室

経由

所在地

科

先生

医療機関名

医師名



TEL・FAX

フリガナ			
患者氏名	(男・女)		
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日生()歳
患者住所			
職業		電話	
病傷名			
紹介目的			
受診希望日	平成	年	月 日 <input type="checkbox"/> 開放型病床利用希望

(予約回答)

医療機関名

医師名

先生

南相馬市立総合病院 地域医療連携室

ご紹介をいただきました上記患者様につきましては、下記日程により受診頂きますようお知らせいたします。

- (1) 受診診療科 () 科)
- (2) 担当医 () の予定です。
- (3) 受診年月日 平成 年 月 日 (午前・午後) 時 分
- (4) 受付場所 南相馬市立総合病院 紹介患者受付窓口
- (5) 持参するもの ①診療情報提供書 ②健康保険証 ③医療費給付受給者証
④診察券 (南相馬市立総合病院ですでに受診歴のある方)

電話 (0244) 22-3185・FAX (0244) 25-3320 (南相馬市立総合病院 地域医療連携室)