

紹介患者予約連絡表

令和 年 月 日

医療機関名			
医師名		診療科	
電話番号		FAX番号	

【患者さんの情報】

(フリガナ) 氏名		生年月日	T・S・H・R		性別	男・女
			年	月		
住所			電話	()		
			FAX	()		
勤務先			電話	()		
紹介目的			<input type="checkbox"/> 学校検診(心電図検診)で心電図異常と診断された小児			

【予約日時】

月	日	()	曜日
		時	分

【予約診療科】

診療科	科
医師名	医師

* 事前に連絡済み

「連絡先」 日本海総合病院 《紹介予約担当》 (エントランスホール内) (電話番号) 0234-26-5150 (FAX番号) 0234-26-5137

* 日本海総合病院に受診歴がある患者さんについては、本連絡表は必要ありません。

(この用紙は、患者情報をFAXで連絡するための用紙です。添書は不要です。コピーしてご使用ください)