

FAX : 0943-22-6929

予約受付時間 平日 9時~17時 (FAXは24時間送信可) ※土日祝日、12月29日~1月3日を除く
(17時以降のFAX受信は、翌診療日の対応となります。)

※ 本紙による予約は、翌々診療日以降の予約となります。

診療情報提供書(予約依頼書)

| | | | | | |
|--------------|----|------|---|---|--|
| 医療機関名 | | | | 受診希望日 | |
| 医師名 | | 印 | | 第1: 令和 年 月 日 | |
| 電話番号 | | | | 第2: 令和 年 月 日 | |
| | | | | 第3: 令和 年 月 日 | |
| | | | | 当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 | |
| フリガナ | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | | |
| 氏名 | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日生 () 歳 | | |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 | 自宅 | | | その他 | |
| | 携帯 | | | | |
| 希望診療科 | | 傷病名 | | | |
| 紹介目的 | | | | | |
| 既往歴 家族歴 | | | | | |
| 症状経過 検査結果 | | | | | |
| 治療経過 | | | | | |
| 現在の処方 | | | | | |
| 備考 | | | | | |

※ ご不明な点等ございましたら、医療連携課 (0943-22-3177) へお問い合わせください。

【公立八女総合病院記入欄】 以下は本院使用欄です。記入は不要です。

患者ID _____

受診日時 _____ 年 月 日 _____ 時 分 担当者 _____