

F A X 予約依頼票

(紹介先)

令和 年 月 日

西脇市立西脇病院

(紹介元)

名 称

所 在 地

医 師 名

印

科

先生
御侍史

T E L

- -

F A X

- -

受診希望日

なし

あり

令和 年 月 日 時頃

※希望に添えない場合がございますが、ご了承ください。

患 者	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	身長		cm
	氏名			<input type="checkbox"/> 女	体重		kg
	生年月日	年 月 日	歳	電話	自宅	-	-
	住所				連絡先	-	-
貴院への受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不詳						
概 要 (簡単に)							

※ 共同利用（開放病床・医療機器）の希望がある場合は、その内容を記載願います。

西脇市立西脇病院

※患者様に切り取ってお渡しください。

※来院の際に必ず持参してください。

紹介患者予約票

令和 年 月 日

病院名 西脇市立西脇病院

次のとおり予約を受けました。

担当者

I D		性別	生年月日	M T S H R	年 月 日	
氏名						
診療科	科	医師名				
診察(検査) 予約日時	令和 年 月 日 (曜日)	午前・午後 時 分	※ 診察の関係で前後することがありますが、ご了解願います。			

(注) ご来院の際に必ず、ご持参ください。

【予約票、 診療情報提供書、 健康保険証、 医療受給者証】

西脇市立西脇病院