

県北医療センター—高萩協同病院
診療情報提供書兼受診申込書
FAX:0293-23-8506

平成 年 月 日

紹介元医療機関
 名称及び所在地

診療科 科

医師名 印

TEL: _____ FAX: _____

フリガナ				性別	男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 年齢 歳			
患者氏名										
住所	〒 _____ Tel _____									
県北医療センター受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		IDNo.							
今回の依頼内容	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査									
傷病名及び病歴										
希望受診科	科		診療希望日時	第1希望日	月	日	午前	・	午後	
	先生			第2希望日	月	日	午前	・	午後	
症状経過・検査結果										
治療経過										
現在の処方										
備考										

キリトリ線

予約票	ID		診療日時					
	氏名		月	日	午前	時	分	午後
予約診療科			科	県北医療センター 高萩協同病院 地域医療連携室 TEL:0293-23-8525				
予約検査名			担当医師名					印

★予約時間の20分前までに受付してください
 ★この予約票と保険証をご持参ください