

**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

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 <input type="checkbox"/> 令 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 <input type="checkbox"/> 読影									
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 -----

<b>予約票</b>	ID										
	氏名										
		診療日時									
		月		日		午前		午後		時	分
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