

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

紹介元医療機関
 名称及び所在地

年 月 日

紹介元
診療科

紹介元
医師名

TEL :

FAX :

フリガナ				性別	□ 男	□ 女	生年月日	□ 明 □ 大 □ 昭 □ 平 □ 令			
患者氏名								年 月 日		年齢	
住所	〒							TEL			
県北医療センター受診	□ 有 □ 無		ID No.								
今回の依頼内容	□ 入院 □ 診察 □ 検査 □ 読影										
傷病名及び病歴											
希望受診科	科			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
予約診療科				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			

★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