

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 科

紹介元
 医師名 印

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