

様式1

宛先:富士市立中央病院 地域連携室 FAX 53-3708 TEL 52-1131 (内線2916・2917)

病診連携患者予約申込書

依頼元病院・診療所名

依頼元医師ご氏名

連絡先 FAX — — TEL — —

●患者情報欄

フリガナ		性別
患者様氏名		男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	
患者様電話番号	()	
紹介診療科名	科 (医師)	
受診希望日		
紹介の目的 (診療情報提供書をFAX送信して頂ける場合は記入の必要はありません)		

○お申し込み受付後、地域連携室より「紹介患者診察予約票」を返送致します。到着後、診療情報提供書とともに患者様にお渡しく下さい。

○日時や紹介医師などご希望に添えない場合には、電話でお知らせ致します。

●中央病院処理欄

患者ID	使用歴あり・新規	—	—
予約日時	月 日 ()	時	分~
			月 日 受付