

診療予約依頼票

年 月 日

千葉市立青葉病院

内科（糖尿病代謝内分泌・消化器・循環器・呼吸器・血液・脳神経・リウマチ・総合診療）
外科・整形外科・皮膚科・産婦人科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・小児科

_____先生 希望

* 受診希望の科に○を付けてください。医師の指定があれば、ご記入下さい。

貴医療機関の名称

地域連携室 所在地

予約受付時間：9:00～16:00 TEL

直通 FAX : 043-227-6655 FAX

直通電話 : 043-227-1994 医師名

ふりがな 患者氏名	_____	男 女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
--------------	-------	--------	-----------------------

※ 青葉病院あるいは旧市立病院の受診の有無について 【 あり ・ なし 】

受診歴のない方は本人の連絡先をご記載ください。【 - - 】

希望日時	<input type="checkbox"/> 第1希望 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 第2希望 年 月 日 () <input type="checkbox"/> いつでもよい
病名	
依頼理由	<input type="checkbox"/> 紹介状FAX送付のため、別紙参照
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 独歩（要介助） <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
その他 配慮が必 要な事項	

注1) 16時00分以降のFAX受付分は、翌営業日速やかにお返事いたします。