

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・リウマチ・総合診療・脳神経・リネブ）
外科・整形外科・皮膚科・産婦人科・耳鼻いんこう科・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。