

# 診療予約依頼書 Fax 専用

患者様のご紹介の際は、この用紙にご記入の上、地域連携室宛 FAX 送信して下さい。

千葉市立海浜病院

地域連携室 行

〒261-0012

千葉市美浜区磯辺 3-31-1

Tel. 277-8014

Fax. 277-3500

(平日) 月~金  
9:00~16:00

依頼日	令和	年	月	日
(紹介元) 医療機関				
医師名	(			科)
Tel				
Fax				

ふりがな 患者名	旧姓	大正	昭和	平成	令和	年	月	日 ( 歳)		
		(	)			(	)	( 男・女 )		
住所		電話番号 ※日中連絡が取れる連絡先								
						(	)	-		
市立海浜病院での受診歴 ※夜間応急診療を含む		無	・	有	→	登録番号				
						-				-
傷病名 (ご依頼理由)										
希望診療科		受診ご希望日 ※ご希望に添えない場合もございます。								
		第1希望:		月	日	( )				
		第2希望:		月	日	( )				

## 予約可能な診療科

総合内科  
消化器内科  
呼吸器内科  
循環器内科  
糖尿病内科  
内分泌内科  
外科  
乳腺外科  
肛門外来  
胆石外来  
そけいヘルニア外来

小児科  
小児循環器科  
小児外科  
小児整形外科  
小児神経  
小児内分泌  
成人先天性心疾患

耳鼻咽喉科  
整形外科  
眼科  
泌尿器科  
産科  
婦人科  
形成外科  
脳神経外科