

放射線治療科 診療予約依頼書

患者様のご紹介の際は、本用紙と診療情報提供書をFAXにてご送付ください。

【送付先】 千葉市立海浜病院 地域連携室

FAX: 043-277-3500

受付時間: 月～金 9:00～16:00

【紹介元】

医療機関名		診療科	科
医師名			
TEL		FAX	

【患者情報】

フリガナ		生年 月日	年 月 日	女・男
お名前				
住所				
電話番号 (日中の連絡先)				
千葉市立海浜病院 の受診歴	☐ 無 ☐ 有 →	(もしわかれば) 患者ID		

【受診希望日】 (水曜日・金曜日のみ) ※ご希望に添えない場合もございます。

第1希望	月 日 (水・金)	AM / PM / 全日
第2希望	月 日 (水・金)	AM / PM / 全日
第3希望	月 日 (水・金)	AM / PM / 全日
いつでも可	→ 最も早い日時で予約をお取りします	

【確認事項】

1	病名	☐ 乳がん術後	☐ 緩和照射	☐ その他 ()
2	移動手段	☐ 独歩	☐ 車椅子	☐ 担送
3	通院治療が可能ですか?	☐ はい	☐ いいえ	「いいえ」の場合は、主たる診療科にご相談ください。

千葉市立海浜病院 地域連携室
〒261-0012 千葉県千葉市美浜区磯辺 3-31-1
Tel 043-277-8014