

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

心臓血管外科
小児科
小児アレルギー
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
子宮頸癌精密
形成外科
脳神経外科