

耳鼻咽喉科宛 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。

千葉市立幕張海浜病院

地域連携室 行

〒261-0014

千葉市美浜区若葉 3-1-27

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
() -

市立幕張海浜病院及び海浜病院の受診歴 登録番号
※夜間応急診療を含む 無 ・ 有 - -

傷病名 (該当病名をチェック)
・急性扁桃炎 ・扁桃周囲膿瘍 ・伝染性単核球症 ・外リンパ腫疑い
・顔面神経麻痺 ・緊急性のある外傷
・突発性難聴 ・外傷
・その他 ()
手術希望目的
・慢性扁桃炎 ・扁桃肥大 ・アデノイド ・滲出性中耳炎 ・先天性耳瘻孔
・慢性副鼻腔炎 ・鼻中隔湾曲症 ・耳下腺腫瘍 ・顎下腺腫瘍 ・唾石 (耳下腺 顎下腺)
・真珠腫性中耳炎 ・慢性中耳炎 ・外耳道腫瘍
・その他 ()

備考

緊急性について: 無 ・ 有

- ・翌日の受診
- ・3日以内の受診

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 ()

第3希望: 月 日 ()