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
※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
糖尿内分泌内科
内分泌内科
膠原病内科・リウマチ内科
脳神経内科
眼科
耳鼻咽喉科（専用の依頼書あり）

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
脳神経外科
整形外科
形成外科
泌尿器科

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
小児腎臓外来
成人先天性心疾患
産　科
婦人科
子宮頚癌精密（コルポ外来）