

【紹介患者用】 外来診療申込書

事務記入用

*下記の太線内について、ご記入をお願いします。

受診希望日	① 令和 年 月 日 ()	② 令和 年 月 日 ()	③ 令和 年 月 日 ()																						
希望受診科 <small>(該当番号を"○"で 囲んでください)</small>	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
*CT・MRI検査・診断 のみのご依頼は"25" を選択してください	内科 (総合診療)	腎臓内科	代謝内科	血液内科	神経内科	呼吸器内科	消化器内科・ 肝胆膵	消化器内科・ 消化管	循環器内科	精神科	小児科	消化器外科	乳腺外科	呼吸器外科	心臓血管外科	整形外科	形成外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	*放射線科
医師指定 : なし・あり → 医師名																									
傷病名または主症状																									
希望検査項目																									
*25 放射線科選択時、下記の①②について、"○"で囲んでください。 CT・MRI検査希望の場合①ペースメーカー(有・無)②植込み型除細動器(有・無)																									
紹介元医療機関	所在地	_____																							
	施設名	_____																							
	医師名	_____先生																							
TEL :	()	FAX :	()																						
(フリガナ)		性別	男・女																						
患者氏名	(旧姓:)	*当院の受診歴はありますか? 無・有 → 年 月																							
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	年 齢 歳																						
住 所	〒 -	TEL :	-																						
備 考																									

*受診予約が取れましたら、FAXで予約票を送信しますので、受診者へお渡しください。

〒010-1495

秋田市上北猿田字苗代沢222番地1
秋田赤十字病院 [地域医療連携課]
TEL : 018-829-5233 (直通)
FAX : 018-829-5222 (専用)