

山鹿市民医療センター 地域医療連携室 宛 外来診療予約申込票(診療情報提供書)

【FAX番号 0968-44-0071】 TEL 0968-44-2185

1	紹介先診療科 (山鹿市民医療センター)		科		医師 (山鹿市民医療センター)
---	------------------------	--	---	--	--------------------

2	紹介元病院 (貴院名)		先生 (貴医師名)	
	電話番号		FAX番号	
			連絡担当者	

3	第1受診希望日	月	日	曜日	:	時頃
	第2受診希望日	月	日	曜日	:	時頃

※ 診療受付時間は8:30~11:00までとなっています。

4	緊急性	有 ・ 無	来院方法	自家用車 ・ 病院車 ・ 救急車 ・ その他()
---	-----	-------	------	---------------------------

※ 緊急受診の場合は、当該診療科医師へご一報くださいますようお願いいたします。

5	フリガナ				性別	男 ・ 女			
	患者氏名								
	生年月日	大正	昭和	平成	令和	年	月	日生	歳
	住所 (連絡先)	〒							
	電話番号						※ 必ず連絡のつく 電話番号をご記入ください。		
	携帯電話								

6	傷病名					
	紹介目的					
	既往歴及び家族歴					
	病状経過・治療経過及び検査結果					
	現在の処方					

※ 予約申込票を平日17時以降、土日・祝日にFAXされた場合は、翌診療日に確認のうえご連絡いたします。