

紹介患者用診療申込書

FAX番号：0197-85-3133（直通）

電話番号：0197-85-3131（代表）

町立西和賀さわうち病院 医療福祉連携室 宛 令和 年 月 日

フリガナ 患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	年齢	歳
住所	〒 -		
電話番号	()	携帯番号	- -

受診希望日	令和 年 月 日
	※ 担当医への電話連絡 済 ・ 未
受診希望科	科

病名など	
来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護車（ストレッチャー、車椅子） <input type="checkbox"/> その他
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他
ドクターコメント （診療情報提供書を同時にお送りいただく場合には、記載いただかなくて結構です）	

紹介元医療機関
