



# 都志見病院 紹介患者診療申込書

都志見病院 地域連携室  
 平日（月～金）8：15～17：00  
 〒758-0041 萩市江向 413 番地 1  
 Tel：0838-22-2878 Fax：0838-22-2886

紹介元 医療機関名 担当医師名						
予約科名	○で囲んでください 総合診療科 外科 内科（一般内科 肝臓内科 血液内科） 循環器内科 整形外科 産婦人科 脳神経外科 耳鼻咽喉科 泌尿器科 眼科 皮膚科 形成外科 脳神経内科					
医師名						
受診希望日	①	年	月	日（曜日）		
	②	年	月	日（曜日）		
フリガナ						
患者氏名						
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日（歳）	性別	男・女
緊急性	有・無	入院希望	有・無			
状態	<input type="checkbox"/> 歩行可能	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> ストレッチャー			
病名、症状等 <small>（簡潔で結構ですの でご記入ください）</small>						

※大変おそれいますが上記にご記載のうえ、FAX 送信をお願いいたします。

※できましたら、申込時に診療情報提供書も併せて FAX 送信をお願いいたします。

ID	<b>診 療 受 診 票</b>				
氏名	様				
来院日時	年	月	日（ ）	時	分までにお越しください。 上記の時間は来院時間であり、予約時間ではございません。 診察までお待ちいただくようになりますので何卒ご了承ください。
診療科	医師				
特記事項	<input type="checkbox"/> 絶食でお越しください <input type="checkbox"/> 必ずご家族とお越しください <input type="checkbox"/> 診療前に検査があります（ <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 採血 ）				

※医師の紹介状・保険証・都志見病院の診察券（お持ちの方）・お薬手帳をご持参ください。

受診当日は受付に書類を提出してください。