



都志見病院 紹介患者診療申込書

都志見病院 地域連携室 〒758-0041 萩市江向413-1
 平日（月～金） 8:15～17:00
 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 脳神経外科 耳鼻咽喉科 泌尿器科 肝臓内科 血液内科 循環器内科 整形外科 眼科 皮膚科 形成外科 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	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 (簡潔にご記入 ください。)			

※大変おそれいりますが上記にご記載のうえ、FAX送信をお願いいたします。
 ※申込時に**診療情報提供書**のFAX送信をお願いいたします。

ID	診療受診票		
氏名	様		
診療科	医師		
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、予約時間ではありません。 診察までに、お待ちいただくこととなりますのでご了承ください。		
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"/> C T <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 採血)		

※医師の紹介状・保険・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。
 診療当日は受付に書類を提出してください。