



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	☐ 歩行可能 ☐ 車いす ☐ 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。

診療受診票

ID	
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	☐ 絶食でお越しください ☐ 必ずご家族とお越しください ☐ 診療前に検査があります（ ☐ 検尿 ☐ レントゲン ☐ C T ☐ MR ☐ 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。