

診 療 申 込 書

年 月 日

FAX の際は、予めお電話をお願い致します。

【紹介元医療機関名】	TEL：()
	FAX：()
【住所】	【担当医師名】

(ふりがな)		
患者氏名		男 ・ 女
生 年 月 日	T・S・H・R 年 月 日	歳
住 所		
連 絡 先	() —	
当院受診歴	無 ・ 有 ・ 不明	
受診希望日	(第1希望) 月 日	(第2希望) 月 日
希望診療科	科	先生
傷 病 名		
既 往 歴		
現在の処方		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来診療 (精査 ・ 加療) <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> その他 ()	
交通手段	自家用車 ・ 救急車 ・ 介護タクシー ・ 施設車	
現在の症状		

※FAX 受付時間 8：30～16：30 (日曜・祝祭日を除く)

総合南東北病院 地域医療室

TEL：(0223) 23-2494

FAX：(0223) 23-2498