

地域医療連携予約申込FAX用紙

ふりがな			
患者氏名			男 女
生年月日	M・T・S・H	年 月 日	歳
患者住所	〒 _____		
電話番号	(_____)	_____	

移動方法	ストレッチャーで来院されますか？ (はい ・ いいえ)
ID番号	市立三次中央病院の診察券をお持ちの方 _____

診療科	糖尿病・代謝内分泌内科
医師指定 (指定なしの場合は無記入をお願いします)	担当医
希望日 (希望なしの場合は無記入をお願いします)	① 月 日 () ② 月 日 ()
紹介目的	<input type="checkbox"/> DMパス (初診) <input type="checkbox"/> DMパス (再診)

年 月 日

※この用紙は診療情報提供書にはなりませんので、
 患者様には別途、診療情報提供書をお渡し下さい。

紹介元医療機関	◎所在地・名称・紹介医師名をご記入下さい。
	(電話番号) (FAX番号)