市立三次中央病院・地域医療連携室　行

（ 直通TEL 0824-65-0239, 専用FAX 0824-65-0159 ）

地域医療連携予約申込FAX用紙

ふりがな	
患者氏名	女
生年月日	S ・H　　年　　月　　日
患者住所	
電話番号	（　　）　　ー

診療科

産 婦 人

科

医師指定 （指定なしの場合は無記入でお願いします）

希望日 （希望なしの場合は無記入でお願いします）

①　　月　　日（　　）

②　　月　　日（　　）

紹介目的

周産期管理

分娩予定日 ： H　　年　　月　　日

（特記事項）

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 ー　　ー

※

※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。

年　　月　　日

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）