

## 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	<b>呼吸器内科</b>
医師指定 (指定なしの場合は無記入をお願いします)	<b>担当医</b>
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	<b>COPDパス (初診)</b>

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)
---------	--