

市立三次中央病院・地域医療連携室 行
専用FAX **0824 - 65 - 0159**
直通TEL 0824 - 65 - 0239

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	T・S H・R	年	月	日	歳
住所	〒				
電話番号	() -				

移動形態	<input type="checkbox"/> 単独歩行可	<input type="checkbox"/> 歩行可【要介助】
	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ベッド・ストレッチャー
ID番号	市立三次中央病院の診察券をお持ちの方	
	-	-

診療科	歯科口腔外科	
医師指定	※必ずお選びください。 佐渡医師 ・ 櫻井医師 ・ 指定無	
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		

申込年月日 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く下さい。

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