（R5.12改）

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	□単独歩行可　□歩行可【要介助】 □車椅子　□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 科
（内科・外科の場合，下記の該当詳細科を○でお囲みください） 消化器内科　循環器内科　腎臓内科　呼吸器内科 糖尿病・代謝内分泌内科　緩和ケア内科　血液内科 リウマチ・膠原病科 消化器外科　乳腺外科　呼吸器外科　心臓血管外科
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

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ださい。

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）