

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	() -				

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でお願いします)					
担当医					
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	<input type="checkbox"/> DMパス (初診) <input type="checkbox"/> DMパス (再診)				

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 — —	

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)				