

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 <b>糖尿病・代謝内分泌内科</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  <input type="checkbox"/> DMパス (初診) <input type="checkbox"/> DMパス (再診)

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)