

地域医療連携予約申込FAX用紙

ふりがな	
患者氏名	女
生年月日	年 月 日 (歳)
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	産婦人科
医師指定 (指定なしの場合は無記入でお願いします)	
受診希望日 (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	分娩および周産期管理 分娩予定日 : 年 月 日 (特記事項)

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)