

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	歯科口腔外科
医師指定	※必ずお選びください。 佐渡医師 ・ 大野医師 ・ 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)
---------	---