

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 | 呼吸器内科 |
| 医師指定 (指定なしの場合は無記入をお願いします) | 担当医 |
| 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 | COPDパス (初診) |

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) |