

紹介患者予約申込書

山口赤十字病院 地域医療連携室 行

FAX (083) 923-0391

電話 (083) 923-0390

年 月 日

紹介元医療機関	
医療機関名 ご担当医師名 電話番号 FAX番号	

ご希望受診科名 (○で囲んで下さい)

内科	神経内科 (完全予約制)	循環器内科	緩和ケア科	小児科
外科	整形外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科
産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	歯科口腔外科
NST外来 (完全予約制) (第1, 3木・PM)		乳腺外来 (完全予約制) (火・PM)		

※セカンドオピニオン外来はがん相談支援センター (TEL 083-923-0380) にご予約下さい。

ご希望医師名 () 医師・指定なし ○外来医師担当表にてご確認ください

受診希望日 平成 年 月 日 ()

予約検査 (CT・MRI・RI・エコー下穿刺) 放射線科受付に直接電話予約をして下さい。

予約済みの検査 (○で囲んで下さい)

•CT	•MRI	•RI	•エコー下穿刺
予約時間	時 分	*CT・MRI等の前回のフィルムがあればお持ち下さい。	

備考欄

患者情報

*カルテの写しを送付される場合、記載は不要です。

フリガナ	
患者氏名	男 ・ 女
生年月日	明 大 昭 平 年 月 日 才
住 所	TEL

●来院方法に○をつけて下さい **●移動方法に○をつけて下さい**

●救急車	●救急車以外	●ストレッチャー	●車椅子	●歩行
------	--------	----------	------	-----

山口赤十字病院 地域医療連携室 行