

外来紹介患者申込書(FAX専用)

医療法人 佐藤病院 地域連携窓口 行 FAX 0184-22-7170

電話 0184-22-6555(代表)

※FAXの受け付け時間は、月曜日～金曜日(祝祭日を除く)8:30～16:00まで、土曜日(祝祭日を除く)8:30～11:00までといたします。

【貴医療機関の情報】

貴医療機関名		貴医師名	
住 所	秋田県 市		
電 話		F A X	

【患者様の情報】

フリガナ		男・女	明治 大正						
患者氏名			昭和 平成		年	月	日生		
住 所									
電 話									

※当申込書と同時に保険証の写し等もFAXしてください。

【診療(検査)希望日時】

第一希望日時	平成	年	月	日	()	時頃
第二希望日時	平成	年	月	日	()	時頃

【診療科・病名等】

ご希望の診療科に○印をつけてください。なお、CTまたはMRI撮影・診断のみのご依頼の場合は、「放射線科」に○印をつけてください。

内 科	消化器内科	呼吸器内科(水曜日午後休診・木曜日休診)
外 科	心臓血管外科(木曜日午前休診)	整形外科
産婦人科	放射線科	
希望医師	あり (医師名:)・なし	
病名・症状等 (簡潔で結構ですのでご記入下さい)		
紹介目的		

※希望医師及び希望日時については、ご希望に添えない場合がありますのであらかじめご了承ください。

【検査等】

ご希望の検査に○をつけてください。なお、CTまたはMRIについては、()内に部位をご記入ください。

CT撮影・診断(部位:)	MRI撮影・診断(部位:)
胃・十二指腸内視鏡検査	大腸内視鏡検査
その他 ()	