

予約診療申込書 兼 診療情報提供書

年 月 日

清水赤十字病院

FAX: 0156-62-4460

希望医師 (あり・なし)

【ご紹介元】

住 所

医療機関名

医 師 名

科 先生

受診希望日 (あり・なし)

第1希望日	月	日
第2希望日	月	日

T E L - -

F A X - -

【担当者: 】

フリガナ		性 別	住所 〒 -
患者氏名	様	男・女	
生年月日	年 月 日 () 歳		電話 - -
保険者番号		入外区分	入院中・外来通院中
記号・番号		ADL	歩行・車いす・スリッシャー
被保険者との続柄	本人・家族	画像持参	あり・なし
傷病名			
紹介目的			
既往歴 病状経過 治療経過 現在の処方等			
要 望 留意事項等			

※ 予約日時が決まりしだい「診療予約受付確認票・外来診療予約票」をFAXいたします。
「外来診療予約票」を切り取って患者様にお渡し下さい。

※ FAXの受付は、外来休診日を除き平日は8時30分～17時まで受付しております。
上記時間以外も受付しますが、返信は翌日又は休み明けとなりますのでご了承ください。

清水赤十字病院 地域医療連携課
TEL: 0156-62-2513 (内線100)