

# 協立病院 診察予約申込書

紹介先医療機関

医療法人協和会 協立病院

診療科

紹介先医師名

紹介元  
医療機関名

医師名

住所

TEL

FAX

## ◆患者情報

患者氏名

フリガナ

男

女

住所

〒 -

生年月日

M・T

S・H

年 月 日 ( 歳)

電話番号

診察予約希望日	① 月 日	② 月 日	③ 月 日
---------	-------	-------	-------

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 (部屋希望: 総室 ・ 個室)
主訴	
受診科名	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科
	<input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 神経内科(完全予約制)
	<input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> その他( )
症状経過 治療経過 検査結果 処方等	(別紙がある場合は添付をお願いします。) ※診療情報提供書、検査記録など原本は当日地域医療連携室の紹介状受付にご提出ください。