

**紹介患者様事前受付用紙**  
 FAX 075 - 381 - 2173  
 開院日 8:30~17:15  
 ※24時間FAXを受付けていますが、対応は開院時間内になります

◆患者情報

紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来診療 <input type="checkbox"/> 検査のみ      どちらかご選択ください																					
主症状・病名																						
受診希望日	第一希望	月	日	( )	ご希望の医師がございましたらご記入ください  先生																	
	第二希望	月	日	( )																		
フリガナ													性別	生年月日								
患者氏名													<input type="checkbox"/> 男	年 月 日								
													<input type="checkbox"/> 女									
住所	〒 - -												TEL ( ) - -									
受診診療科 (該当欄へ○印をお願いいたします)																						
総合内科	消化器内科	腎臓内科	呼吸器科	呼吸器外科	腫瘍内科	緩和ケア内科	消化器外科	乳腺外科	整形外科	小児科	心臓内科	心臓血管外科	産科	婦人科	歯科口腔外科	眼科	皮膚科	神経内科	泌尿器科	糖尿病内科	胃カメラ	大腸ファイバー

◆紹介元◆

医療機関  住所  TEL・FAX	担当医師名  地域医療連携室担当者名
-------------------------------	--------------------------

医療機関からのご予約は、以下の診療科にかぎり 平日19:30 までお電話をお受けしています  
**消化器内科、消化器外科、心臓内科、心臓血管外科、整形外科**