紹介患者受診予約申込書(FAX送信用)

送信日時　　年　　月　　日

【送信先】

医療法人防治会 いずみの病院

患者サポートセンター

TEL:088-826-5563(直通)

FAX:088-826-5721(直通)

※受付時間:平日8:30～17:00

医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	
診療科名	
医師氏名	
送信部署・担当者	

希望診療科・医師	科	受診希望日	第1希望　年　月　日 第2希望　年　月　日
担当医師事前連絡	□ 未　□ 済	患者さんのご都合により来院できない日があれば、ご記入ください	年　月　日 年　月　日
紹介目的	□ 診察　□ 入院 □ 検査(□CT ・ □MRI ・ □内視鏡) □その他(		

症状・病名		患者状況	現在の状況 □ 入院中　□ 入所中
			ADL □ 独歩　□ 車イス　□ストレッチャー
			酸素吸入 □ 有　□ 無
			持続点滴 □ 有　□ 無
			バルーンカテーテル □ 有　□ 無
備考			来院方法 □ 自家用車・公共交通機関 □ 寝台車　□ 救急車
			備考

診療情報提供書	□ 受診当日、患者さんが持参します □ 郵送します ※添付資料 □ 有 [□ 検査結果 / □ 画像(□ CD-R ・ □ フィルム)] □ 無

【患者情報】

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男 女	明 ・ 大 昭 ・ 平　年　月　日　歳
現住所	(〒　－　)		
電話番号	自宅:(　)　－	携帯:(　)　－	
当院受診歴	□ 有　□ 無　□ 不明		

土日祝日・時間外(平日17:00～翌8:30まで)の間で至急の場合は、下記へお願いします

TEL:088-826-5511(代表・総合受付)

FAX:088-826-5510(代表・総合受付)