

橋本市民病院 診察予約申込依頼書

予約申込日 令和 年 月 日

* 枠内は必須項目ですので、必ずご記載下さい。

紹介元医療機関名

担当科

科

医師名

先生

TEL:

FAX:

【病名・現症】

※ 消化器センター対応(下記該当があれば、チェックをお願いします)

胆石胆管炎黄疸胆膵管疾患

(

)

フリガナ

患者氏名

(男・女)

生年月日

M・T・S・H・R

年

月

日生

住所

TEL

予約日時

一両日中・1週間程度以内・2週間程度以内・()月()日希望

()曜日を希望

※その他ご要望()

診療科名

(

科)

医師名(

)

患者状況

外来患者貴院待機中

← 患者様がお待ちの場合は☑してください

入院患者

★ 翌日以降の予約受付に限らせていただきます。

★ 予約申し込みと併せて、診療情報提供書を作成の上、診察前日までに下記受付時間内でFAX頂きますようお願いいたします。(診療情報提供書の原本は、患者様にお渡しく下さい)

★ 希望医師のご指定はできるだけ希望に沿えるよう努力致しますが、ご紹介内容・医師の都合によりご希望に沿えない場合がありますので、ご了承ください。

受付時間(日、祝、年末年始は休み)

➤ 平日 8:30 - 19:00 (木曜日のみ8:30 - 17:00)

➤ 土曜日 9:00 - 12:00

橋本市民病院 地域医療連携室

TEL:(0736)34-6116

FAX:(0736)34-6117