

紹介患者事前診察申込書(FAX送付票)

舞鶴赤十字病院
地域医療連携課 宛

TEL・FAX 0773-75-4301
(地域連携直通)
受付時間 8:30~16:00

紹介元 情報	医療 機関名			予約申込 担当者名	
	診療科名		医師名		
	住所	〒 -			
	TEL () -		FAX () -		

紹介患者 情報	フリガナ		性別	生年月日(明・大・昭・平・令)
	患者氏名		男・女	年 月 日
	住所	〒 -		
	TEL () -	予約票返信 待ち状況	患者待機中・不在	
	当院受診歴	有・無・不明	ID番号	

受診 希望日	第1希望	年 月 日 (曜日)
	第2希望	年 月 日 (曜日)
	備考	<input type="checkbox"/> いつでも良い

希望 診療科	科	希望 医師	有 () 医師 ・ 無
-----------	---	----------	--------------

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照
	病名・症状等

希望検査	CT	単純・造影	部位	
	MR	単純・造影	部位	

★造影検査の場合は、血液データ(腎機能)の添付をお願いします。

★ダイナミック希望の方は必ずご記入ください。

備考欄

★FAXにて申込書受診後、折り返し「受診日のお知らせ(予約票)」をFAXいたします。