

紹介患者様診察事前申込書

FAX 075-382-5180(24時間受信可)

受付時間:9時~16時30分(月~土)
(時間外は、原則翌平日以降の返事となります)

紹介元医療機関

| |
|-------|
| 医療機関名 |
| 所在地 |
| TEL |
| FAX |
| 担当医 |

受診希望日

第一希望日 月 日 ()

第二希望日 月 日 ()

第三希望日 月 日 ()

特になし

(※当日受診については、直接お問い合わせください)

| | |
|--------|---------------------------------|
| 主訴・傷病名 | ※診療予約日までに紹介状(FAX)の事前提供にご協力ください。 |
|--------|---------------------------------|

受診希望診療科に○をつけて下さい。

| 診療科 | 予約可能枠 |
|---------|----------------|
| 脳神経外科 | 月・火・水・木・金・土 午前 |
| 脊椎・脊髄外来 | 月・火・木・金・土 午前 |
| 外科 | 月・水 午前 |
| 整形外科 | 月・水・金 午前 |
| 内科 | 月・火・水・木・金・土 午前 |
| 呼吸器内科 | 月 13:00~15:00 |

| 診療科 | 予約可能枠 |
|---------|---------------------------|
| 循環器内科 | 木 午前 |
| 泌尿器科 | 火・木 午前 |
| 皮膚科 | 月 午前 |
| 脳神経内科 | 火・木 13:00~14:00 水・金 午前 |
| 呼吸器外科 | 水 午前 |
| 高気圧酸素療法 | 要相談 |

希望する医師()医師 ・ 無

患者様情報

| | | | |
|-------|-------------|-----------------|----------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 患者氏名 | | 男・女 | 大・昭・平・令 年 月 日生 |
| 住所 | 〒 TEL () - | | |
| 当院受診歴 | 有(ID)・無・不明 | 患者様は(外来通院中/入院中) | |

☆お問合せ先

シミズ病院 医事課 地域連携係

TEL:075-381-5161(代表) FAX:075-382-5180(直通)

※緊急時、休日・祝日の受診については、直接医師にお取次ぎさせていただきます。

★セカンドオピニオンについては、完全予約制ですので、事前にお電話にてご連絡をお願いします。