

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(○をつけて下さい)

診療科	予約可能枠	診療科	予約可能枠
脳神経外科	月・火・水・木・金 午前	循環器内科	木 午前
脊椎・脊髄外来	月・火・木・金・土 午前	皮膚科	月 午前
内科	月・火・水・木・金・土 午前	高気圧酸素療法	要相談
脳神経内科	月・木・金 13:00~14:00 火 午前		
呼吸器外科	水 午前		
呼吸器内科	月 13:00~15:00		

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 地域医療連携係

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。