平成　　年　　月　　日

紹介患者用　外来診療申込書

事務記入用　＊下記の太線の中をご記入願います。

受診希望日　平成　　年　　月　　日（　）　　時頃

希望受診科（番号を○で囲んでください） ＊CT・MRIの検査・診断のみのご依頼の場合は25をご選択下さい	01 内科（総合診療）	02 腎臓内科	03 代謝内科	04 血液内科	05 神経内科	06 呼吸器内科	07 消化器内科・肝胆膵	08 消化器内科・消化管	09 循環器内科	10 精神科	11 小児科	12 消化器外科	13 乳腺外科	14 呼吸器外科	15 心臓血管外科	16 整形外科	17 形成外科	18 脳神経外科	19 皮膚科	20 泌尿器科	21 産科	22 婦人科	23 眼科	24 耳鼻咽喉科	25 ＊放射線科

医師の指定：　なし　　あり　→　医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

希望検査項目（CT、内視鏡等）

傷病名又は主症状

紹介元医療機関の　所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿

名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿

紹介医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 先生

電話番号　（　）　　FAX　（　）

（フリガナ）		性別	男・女
患者氏名		＊当院の受診歴はありませんか？ 無・有→　年　月頃	
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日	年齢	才
住所	〒　－　電話番号　（　）		
職業（勤務先）			
備考			

＊受診予約が取れましたら予約票をFAXさせていただきますので、患者さんにお渡し下さい。

〒010-1495
秋田市上北手猿田字苗代沢２２２番地1
秋田赤十字病院［地域医療連携課］
TEL．018-829-5233(直通)
FAX．018-829-5222