

### 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。

<p style="text-align: center;">受診希望日 平成 年 月 日 ( ) 時頃</p>																								
希望受診科 (番号を○で 囲ってください)  *CT・MRIの検査・診 断のみのご依頼の場合 は24をご選択下さい	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
	内科 (総合診療)	腎臓内科	代謝内科	血液内科	神経内科	呼吸器内科	消化器内科・ 肝胆膵	消化器内科・ 消化管	循環器内科	精神科	小児科	消化器外科	乳腺外科	呼吸器外科	心臓血管外科	整形外科	形成外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	耳鼻咽喉科	*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)																								
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すか? 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

秋田市上北猿田字苗代沢 2 2 2 番地 1

秋田赤十字病院 [地域医療連携室]

TEL. 018-829-5233 (直通)

FAX. 018-829-5222