

## 【紹介患者用】 外来診療申込書

事務記入用

\*下記の太線内  について、ご記入をお願いします。

受診希望日	令和 年 月 日 ( )																													
希望受診科 <small>(該当番号を“○”で 囲んでください)</small>	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26				
	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	小児外科	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	眼科	耳鼻咽喉科	*放射線科				
*CT・MRI検査・診断のみのご依頼は“26”を選択してください																														
医師指定：なし・あり → 医師名：																														
傷病名または主症状																														
希望検査項目 (CT、内視鏡等)																														
紹介元医療機関 所在地 〒 _____ - _____ 施設名 _____ 医師名 _____ 先生 TEL： _____ - _____ - _____ 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															
生年月日	大・昭・平・令					年 月 日												年齢	歳											
住所	〒 _____ - _____					TEL： _____ - _____ - _____																								
職業 (勤務先)																														
備考																														

\*受診予約が取れましたら、FAXで予約票を送信しますので、受診者へお渡しください。

〒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 [地域医療連携課]

TEL：018-829-5233 (直通)

FAX：018-829-5222 (専用)