

ご紹介先

公立朝来医療センター

希望医師

先生

※医師名が不明な場合は下記診療科のみ選択ください

ご紹介元

先生
所在地
TEL番号
FAX番号

予約希望診療科 (□欄に☑印をつけてください)

<input type="checkbox"/> 内科 <small>救急の場合は直接電話連絡してください</small>	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	来院方法 <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 施設の車 <input type="checkbox"/> 自家用車	

フリガナ	男・女	生年月日
患者氏名		明・大・昭・平 年 月 日 歳
患者住所		
電話番号 (携帯)	当院ID	当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明

紹介目的及び依頼内容 (診療情報提供書が同時にFAX出来ない場合は、この欄にご記入ください)

入院依頼  入院の可能性有を説明  感染症疑  当院医師へ連絡済 ( ) 医師

受診希望日

第1希望日	月 日 曜日	午前 午後	:	患者さまのご都合のつかない日がありましたら あらかじめお教えてください
第2希望日	月 日 曜日	午前 午後	:	
<input type="checkbox"/> いつでも可 (なるべく早い予約枠をおとりします)				

公立朝来医療センター 地域医療連携室

受付時間 午前8:30~午後5:15(月曜日~金曜日)  
ただし、日曜・祝日・年末年始 12月29日~1月3日を除く

〒669-5267 兵庫県朝来市和田山町法興寺392

TEL (079) 670-3555 (直通)  
FAX (079) 670-2223