

富士宮市立病院病診連携患者受診申込書及び予約票

医院名 _____

紹介医 _____

送信日 年 月 日

フリガナ	
紹介患者氏名	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日生 (男・女)
住所	〒 電話 () -
受診歴	あり (病院 ID) なし
	内科 ・ 循環器科 ・ 小児科 ・ 外科 ・ 整形外科 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 ・ 麻酔科 [] 救急受診 時間外受診
主訴又は病名	
受診希望日	年 月 日 (曜日)
備考欄	ストレッチャー・車椅子・救急車

受付日 月 日 時 分

.....

予 約 票 _____ 様

年 月 日 ()	:	科
-----------	---	---

*** 紹介患者受付 (3番窓口) へお越しください**

富士宮市立病院

病診連携室 TEL 0544-25-5050
FAX 0544-25-5051