

紹介状(診察予約用) 兼 開放型病床利用申込書

小牧市民病院長 様

予約方法を選択ください。

直接、依頼医が予約調整します。

後日、患者さんが電話予約します。

紹介日	平成	年	月	日
医療機関名				
紹介医師名	印			
住所				
TEL	-	-	FAX	-

下記患者さんについて、診察予約を申し込みます。(診察の結果、入院となった場合は開放型病床の利用につき同意します。)

ふりがな			生年月日	性別
氏名	様	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生
住所	〒 -			
小牧市民病院のID番号		TEL	- -	
予約希望日	第1希望	平成	年	月 日 ()
	第2希望	平成	年	月 日 ()

紹介先医師		科	医師	<input type="checkbox"/> 医師指定なし
紹介目的				
臨床診断				
現病歴 検査結果 現在の処方				
紹介医が想定する治療方針				