

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 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
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			