

受診予約申込票 兼 FAX送信票

寒河江市立病院 地域医療連携室 行き
【 FAX 0237-86-2108 】



令和 年 月 日

希望診療科

☐ 内 科 循環器 消化器 呼吸器
糖尿病・代謝・内分泌 神経

□ 整形外科

□ 外 科

紹介元医療機関

貴医療機関名

診療科 科

醫師名

TEL — —

FAX — —

希望担当医 先生

※担当医ごとに予約診察の枠が異なるため、受診日を相談させていただく場合があります。

氏名	フリガナ	生年月日 様	M T S H 年 月 日 (歳)		性別 男 女
住所	〒			電話番号	
寒河江市立病院での受診歴		☐ あ り (ID :) ☐ な し ☐ 不 明			
貴医療機関での受診状況		☐ 外来初診 ☐ 外来通院中 ☐ 入院治療中 → 転院希望の場合は【様式3】連絡票もご記入ください			公費 ☐ あ り ☐ な し
診断名					
症状など ※できましたら最近の検査結果などもご記入ください。					

☆受診希望日 ☐ 1週間以内 ☐ 1週間以降でも可
☐ その他 ()
 特に予約上のご都合があればご記入ください。