【様式1】

受診予約申込票 兼 FAX送信票

寒河江市立病院
Sagae City Hospital

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
　　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

医師名

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 様	生年月日	T S H R 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。

寒河江市立病院　地域医療連携室　℡0237－86－2101（代）