

紹介元医療機関	医師名
所在地	TEL () -
フリガナ	FAX () -
患者氏名	(男 ・ 女) 生年月日 T ・ S ・ H ・ R 年 月 日生 (歳)
患者住所 (〒 -)	
患者TEL () -	

希望診療科	希望医師名	【ご希望日】
ご紹介目的		【都合の悪い日】
		【特記事項】
貴院で入院中の外来受診ですか（はい・いいえ）		
初診後の当日入院が予想されますか（はい・いいえ）		

医師のご指定は、なるべくご希望に添うように致しますが、ご紹介内容や医師の都合により、ご希望に添い兼ねる場合がございますのでご了承下さい。

※ 翌日以降の予約受付に限らせて頂きますので、下記の通りお願い致します。

※ **救急診療・時間外診療**については、代表番号 **TEL：(0736)-77-2019**へお電話頂き外来師長または、当直師長へ直接お問い合わせ下さい。

※ CT・MRI・RI検査については、別紙（様式7号・様式8号・様式9号）により、FAXにて地域連携室へお申込み下さい。

※ 予約時に地域連携室で患者 ID を登録しています。患者情報をご確認の上、もれなくご記入下さい。

※ 診療情報提供書（紹介状）を診療（検査）予定日までに事前にFAXにて送信をお願い致します。

予約受付時間 : 平日(木曜日を除く) 8:30~19:00迄
※木曜日のみ 8:30~17:00
※土・日・祝日・年末年始は予約受付休止(但しFAXのみ受信可)

受付時間以降受信 FAX : 翌日(翌日が休みの場合は次の外来診療日)対応

送信先：公立那賀病院 地域連携室
FAX 0736-78-3373
TEL 0736-78-3892

先生

醫師名

TEL () —

FAX () —

(男·女) 生年月日

T · S · H · R 年 月 日生 (歳)

患者住所(〒)

患者TEL () -

希望診療科	希望医師名	【ご希望日】
ご紹介目的		【都合の悪い日】
貴院で入院中の外来受診ですか（はい・いいえ） 初診後の当日入院が予想されますか（はい・いいえ）		【特記事項】
【傷病名】		
【既往歴及び家族歴】		
【症状経過及び検査結果】		
【治療経過】		
【現在の処方】		
【備 考】		
【紹介後の診療希望】 （何れかに○印をつけて下さい）		
☐ 紹介元医療機関にて ☐ 公立那賀病院にて ☐ 双方の相談により決定		

公立那賀病院	科	先生
紹介元医療機関		医師名
所在地		TEL（ ） -
フリガナ		FAX（ ） -
患者氏名		（男・女）生年月日
		T・S・H・R 年 月 日生（ 歳）
患者住所（〒 - ）		
患者TEL（ ） -		

希望診療科	希望医師名	【ご希望日】
ご紹介目的		【都合の悪い日】
貴院で入院中の外来受診ですか（はい・いいえ）		【特記事項】
初診後の当日入院が予想されますか（はい・いいえ）		
【傷病名】		
【既往歴及び家族歴】		
【症状経過及び検査結果】		
【治療経過】		
【現在の処方】		
【備考】		
【紹介後の診療希望】 (何れかに○印をつけて下さい)		
☐ 紹介元医療機関にて ☐ 公立那賀病院にて ☐ 双方の相談により決定		