

# 紹介患者予約申込書

受付日 平成 年 月 日

〒753-8519

山口市八幡馬場53番地1号

TEL 083-923-0390

FAX 083-923-0391



山口赤十字病院地域医療連携室 宛

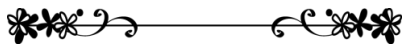
紹介元医療機関名		担当医師名	
電話番号		FAX番号	
希望受診科		受診希望日	①平成 年 月 日
医師名			②平成 年 月 日

予約検査（CT・MRI・RI）は直接放射線科外来にご予約をお願いします。

予約済み検査			検査部位	予約時間	
CT	MRI	RI		時	分
フリガナ 患者氏名		男・女	生年月日	大 昭 平	年 月 日 歳
住所	〒	-	TEL	( )	-
移動方法	歩行	車いす	ストレッチャー	救急車	その他 ( )

FAXの際、診療情報提供書も一緒に添付して下さい。添付がない場合は下記に簡単に記載をお願いします。

傷病名
紹介目的



## 受診のご案内

受診日	年	月	日 ( )	診療科	科	医師
( )						
( )				時	分	のご予約です。30分前にお越し下さい。
( )				時	分	～ 時 分までにお越し下さい。

○受診当日は、総合受付にお越し下さい。

○お持ち頂くのは、下記の通りです。

・医師の紹介状 ・保険証 ・公費の証書 ・山口赤十字病院の診察券（お持ちであれば） ・お薬手帳

○診察までに多少お待ち頂くことがありますことをご了承下さい。