

紹介患者予約申込書

受付日 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 年 月 日
医師名			② 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	大昭平令	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、診療情報提供書と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
() 今からすぐお越し下さい。						
() 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 ・お薬手帳 ・公費の証書、山口赤十字病院の診察券など（お持ちの方）

○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。