

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

患者情報

フリガナ 患者氏名	男・女 様	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
() 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 ・マイナ保険証 ・お薬手帳 ・診察券

○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。