

受付日 年 月 日

紹介患者予約申込書

〒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

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 ()		

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。

CT	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	MRI	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	RI
検査部位	予約時間		時 分	

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。