公立丹南病院 地域医療連携室 **FAX.0778-52-8016** TEL. 0778-52-8006

介・検査	至予約申込書 FAXE	付票	<u>申込日</u>	令和	年	月 日
ふりがな		性別	生年月日			
患者氏名		男・女	明・大・日年	昭・平・令 月	日(歳
住所	₸ -	Т	EL			
当院受診歴	□ なし □ 不明 □ あり(診察) *当日は、必ず保険証をお持ちいた		お願いいたし) ンます。		
医療機関		医師氏组	名			Œ
所在地	₸ –	TEL	FAX			
診療科	□ 指定なし □ 指定あり	科	診察希望	年	月	F
担当医師	□ 指定なし □ 指定あり	り 医師				
紹介目的		院 □ その他() :腸内視鏡検査 □ 胃内視鏡検査				
介目的 往歴・家族歴	□診療情報提供 □診断 □検査 □加援	₹ □入院 □		 の他		
状経過・検査	結果					
 在の処方						