

# 診察予約申込書

平成 年 月 日

富山市立富山まちなか病院 地域医療連携室

科

医師行

医療機関名	
医師氏名	
所在地	〒
TEL	
FAX	

フリガナ		性別	男・女
患者氏名			
生年月日	大・昭・平 年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 ( 内科 ・ 外科 ・ 整形外科 ・ 眼科 ・ 婦人科 )		
	<input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 (胃) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 (大腸) <input type="checkbox"/> CT検査 (部位: ) (造影: 有 ・ 無 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 当日入院 <input type="checkbox"/> 予約入院		
	* 入院をご希望の場合は診療情報提供書も併せてFAXでお送りください その他希望内容		

- ・ 地域医療連携室での予約は平日の8時30分から17時までにお電話ください
- ・ 診察予約申込書に予約内容をご記入のうえ、地域医療連携室にFAXでお送りください

(富山まちなか病院 地域医療連携室 TEL:076-421-7819 FAX:076-421-7829)