

宇陀市立病院診療予約依頼書(FAX 専用)

医療機関名 : 医師氏名

所在地 : 〒 -

電話 : () FAX : ()

希望診療科		希望担当医	
-------	--	-------	--

※診療情報提供書のご送付もお願いします。

<input type="checkbox"/> 希望受診日	<input type="checkbox"/> 都合の悪い日	<input type="checkbox"/> いつでも可
第1希望:令和 年 月 日()		
第2希望:令和 年 月 日()		

〔患者様の情報〕

フリガナ 患者氏名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	(T・S・H・R) 年 月 日生	歳
住所	〒 -	電話: ()
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し	
紹介目的 (傷病名)		
持参資料	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 血液検査 ※ なるべくメディアで持参ください	

※注意事項

- ・診療予約依頼書と診療情報提供書と共に FAX 送信してください。
- ・担当医師、受診希望日の希望に添えない場合があります。ご了承ください。
- ・予約日の調整に医師の確認が必要な診療科があり、回答が遅くなる場合があります。その際は、当院から電話でご連絡いたします。

宇陀市立病院 地域連携課

〒633-0298 奈良県宇陀市榛原萩原 815 番地

電話:0745-85-1201 FAX:0745-85-1202