

診療予約申込書

【送信先】

秋田県立医療療育センター 連携担当 行

TEL: 018-839-1986 / FAX: 018-839-9868

月曜日～金曜日 9 時 00 分～16 時 00 分(土日祝祭日、年末年始は除く)

○この用紙に診療情報提供書を添付し、FAX してください。

【紹介元医療機関】

送信日: 年 月 日

医療機関名			
ご担当医名	科		先生
住 所	〒		
TEL		FAX	

【紹介患者】 ※予約票などを送付するため、必ず住所、電話番号をご確認ください

フリガナ			性別	生年月日	
氏 名			男 ・ 女	平 ・ 令	年 月 日
住 所	〒				
連絡先①	フリガナ		続柄	TEL	
	氏 名				
連絡先②	フリガナ		続柄	TEL	
	氏 名				

【診療希望】

☐ 小児科 ☐ 小児科メンタルヘルス ☐ 整形外科 ☐ 歯科 ☐ 児童精神科 ☐ その他	希望医師名
当院での受診歴	無 ・ 有
受診日について ※ <u>受診できない日や曜日、時間帯</u> について 右記にお書きください	☐ 特になし(貴院のご都合に一任いたします)