

FAX :06-6779-1628

平成 年 月 日

財団法人 聖バルナバ病院  
地域医療連携室 行

## 診察予約依頼書

(この依頼書は紹介状ではありません。)

## ■紹介元医療機関様

貴医療機関名	
医師名	
ご住所	
ご連絡先	

## ■ご依頼内容

希望診療科	産科 ・ 婦人科 ・ 小児科		
希望医師名	( )医師 ・ 希望なし		
希望受診日	第一希望	月 日 ( )	午前 ・ 午後
	第二希望	月 日 ( )	午前 ・ 午後

\*こちらから直接患者様に連絡の上、ご予約を取らせていただくこともできます。  
その際、以下に患者様のご連絡先を必ずご明記願います。

## ■患者様情報

主症状・病名									
フリガナ								性別	生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成
お名前									年 月 日
ご住所								TEL	— —
主保険								区分	本人 ・ 家族
	記号							番号	有効期限 年 月 日
公費								連絡事項	

業務時間内の受信 .....当日中に返信いたします。

業務時間外の受信 .....翌日(休日の場合は第一日目の営業日)の返信となります。