

FAX :06-6779-1628

令和 年 月 日

公益財団法人 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	TEL — — ・ FAX — —

■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。
直接患者様への連絡を希望される場合は、下の[希望する]を丸で囲んでください。
[希望する]

■患者様情報

主症状・病名										
フリガナ								性別	生年月日 昭和 ・ 平成 ・ 令和	
お名前	(旧姓:)								年 月 日	
ご住所								TEL	— — (昼間連絡のとれる電話番号をご記入ください)	
主 保 険								区分	本人 ・ 家族	
	記号					番号				有効期限
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。