

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	

■ご依頼内容

* 休診日:木曜日・日曜日・祝日

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

※分娩希望の場合は、予定日・週数の記入をお願い致します。

フリガナ		性別	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	
お名前		女 ・ 男	年 月 日		
ご住所			TEL	- -	
主保険			区分	本人 ・ 家族	
	記号	番号	枝番	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。