

茨城県西部メディカルセンター 地域医療連携室

診 療 予 約 申 込 書

受診希望日 ※必ずご記入ください ご希望のない場合、直近で予約します。

希望なし 特にご都合が悪い日などがありましたら記入願います。

(

)

希望あり 第1希望 月 日 第2希望 月 日

紹介元医療機関

医療機関名			
所在地			
電話番号		FAX 番号	
医師名			

紹介患者様情報

(ふりがな) 氏 名				(性別 男・女)
生年月日	(T・S・H・R 年 月 日)			____ 歳
住 所	〒 _____			
電話番号	(自宅)			
	(携帯)			
当院受診歴の有無	不明 ・ 有 ・ 無			
保険情報 <small>(該当に○をつけてください。)</small>	国保 ・ 社保(協会けんぽ ・ 共済 ・ 組合) ・ 生活保護 ・ なし			本人 ・ 家族
希望受診科				
希望医師(ある場合)				

診療情報提供書は来院時に持参して下さい。

FAX 0296-24-9115