

ご紹介患者様診療申込票

FAX 084-929-1140

年 月 日

福山循環器病院
地域医療連携室 行

紹介元医療機関名

医師名

TEL

FAX

※FAX番号は必ずご記入ください

ふりがな	性別	生年月日	明治・大正・昭和・平成		
患者氏名	男・女		年	月	日(歳)
住所	〒				
連絡先	自宅()-()-() 携帯電話()-()-()				

希望受診日

第1希望	年	月	日 (曜日)
第2希望	年	月	日 (曜日)
第3希望	年	月	日 (曜日)

☐ いつでもかまわない

☆診療情報提供書ができましたら、FAXをお願いします。

心電図検査を施行されていまして、心電図もFAXをお願いします。

この予約票は翌日以降の予約希望の場合使用してください。

紹介目的			
その他・特記事項			
当院受診歴	あり ・ なし ・ 不明	旧姓()	※重複登録防止のため
患者さんの状況	☐ 現在外来で返事を待っている ☐ 帰宅済み ☐ 入院中		

☆患者様のカルテ作成・診療準備に必要な為、太枠内は必ずご記入下さい

ご紹介頂いた患者さんが受診した後に、当院から診療情報提供書を送付させていただきます。(※ご不要であれば、チェックを入れてください。□)

【問い合わせ】

福山循環器病院 TEL 084-931-1112
地域医療連携室 FAX 084-929-1140

受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:00
(上記時間を過ぎましたら、翌診療日の対応になりますのでご了承下さい)
休診日 土曜日・日曜日・祝日・年末年始(12/30・31、1/1・2・3)