

(ファックス用)

年 月 日

診 察 依 頼 書

紹介先医療機関
公益財団法人 白浜医療福祉財団
白浜はまゆう病院

紹介元医療機関名
住所
TEL
FAX
医師名

印

ふりがな	性別	生年月日
患者氏名	(男・女)	明・大・昭・平・令 年 月 日生 () 歳
患者住所 (〒 -)		
電話番号 ()		

傷 病 名

1. ご希望の診療科にチェックして下さい。

循環器外来 呼吸器外来 糖尿病専門外来 膠原病専門外来 消化器専門外来

鼠径ヘルニア外来

リウマチ外来 泌尿器科 脳神経内科 外科 眼科 皮膚科

耳鼻咽喉科 婦人科 乳腺外科 脳神経外科

***原則内科・整形外科の予約はお取りしていません。**

2. 医師の指名がございましたら、下記にご記入下さい。

医師

3. ご予約の際は診療情報提供書(紹介状)を診察依頼書と合わせてFAXをお願いします。

4. ご希望日がございましたらご記入下さい

* 月 日 () 午前・午後

* 月 日 () 午前・午後

○来院時にご持参いただくもの

- ・診察依頼書
- ・健康保険証
- ・その他(診療情報提供書・検査資料等・お薬手帳などもあればご持参下さい。)

白浜はまゆう病院地域ケア室 FAX 0739-43-7887 TEL 0739-43-6208

2022年4月改訂