

診療予約申込依頼書(FAX用)

《救急の場合は、救急外来に直接ご連絡ください。TEL:0735-31-3333(代表)》

申込日 年 月 日

新宮市立医療センター
地域医療連携室 宛
(FAX:0735-31-3385)

紹介元	医療機関名
	住所
	TEL・FAX
	診療科
医師名	

■患者情報

ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・令和
患者氏名	(男・女)	年 月 日	(歳)
住所	(〒 -)		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
貴院	通院中・入院中	当院受診歴	(無・有) 科

■受診希望科の左欄に○をつけてください。

一般外来	
内科	耳鼻咽喉科
循環器内科	形成外科
脳神経内科	皮膚科
外科	呼吸器外科・心臓血管外科
脳神経外科	歯科口腔外科
整形外科	産婦人科
小児科	眼科
泌尿器科	※腎臓内科予約希望は別紙でお申し込み下さい

専門外来
肝臓内科
呼吸器内科
もの忘れ外来
乳腺専門外来
脊椎外科診
関節外科診
手の外科診

■依頼内容

希望医師	医師	受診日	※申込み当日の予約はおとりできません。 <input type="checkbox"/> 都合の悪い日() <input type="checkbox"/> 希望日()
傷病名			
紹介目的			
※精査させていただく場合、ヨード造影剤の禁忌・注意併用薬(特にビグアナイド系糖尿病薬)内服の有無確認のため、当日ご持参いただく「診療情報提供書」に、「処方内容」のご記入をお願いします。			

新宮市立医療センター 地域医療連携室
TEL(直通):0735-31-3345 / FAX(専用):0735-31-3385