

# 紹介患者予約連絡票

平成 年 月 日

医療機関名			
医師名		診療科	
電話番号		FAX	

## 【紹介患者さんの情報】

(ふりがな)			M・T・S・H		
氏名	生年月日	年 月 日 ( 歳)	性別	男・女	
住所			電話	( )	
当院受診歴	あり ( 年 月頃)		・ なし	・ 不明	

紹介目的	
------	--

## 【予約希望日時】

年 月 日 ( )
時 分

## 【予約診療科】

診療科	
担当医	

庄内余目病院 地域医療連携室  
 TEL 0234-43-3470 (直通)  
 FAX 0234-43-3516