

# 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 年 月 日( 歳)
患者氏名	男・女		
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たら、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		
※当院の受診歴(有・無・不明)		
※重複登録防止のため、旧姓確認をしております	旧姓( )	

☆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)