

## 外来紹介診療予約申込用紙

送信先： 新潟医療生活協同組合木戸病院 地域医療連携室

TEL：025-256-6700 FAX：025-256-6710

紹介元医療機関：

医師名：

先生

TEL：

FAX：

|       |         |   |       |               |
|-------|---------|---|-------|---------------|
| フリガナ  |         | 男 | 生年月日  | 明・大・昭・平・令     |
| 患者氏名  |         | 女 |       | 年 月 日<br>( 歳) |
| 住所    | 〒 _____ |   |       | TEL<br>( )    |
| 当院受診歴 | 有 ・ 無   |   | カルテNo |               |

### 診察希望

|   |                       |    |
|---|-----------------------|----|
| 希望診療科・希望医師                                | 科                     | 医師 |
| 予約希望日                                     | 令和 年 月 日 ( )          |    |
| 予約調整を行ないますが、ご希望通りにいかない場合もありますので予めご了承ください。 |                       |    |
| 依頼内容                                      | ※紹介状と併せて FAX をお送り下さい。 |    |

\* 上記内容を記入後、この用紙と保険証類のコピーをFAXにてお送り下さい。  
受信後に折り返し、外来受診予約連絡票をお送り致します。

2021.8月改定