富士吉田市立病院診療予約申込書（紹介患者用）

地域医療連携担当　宛
（FAX：0555－22－8018）

平成　　年　　月　　日

紹介医療機関

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

紹介患者氏名	フリガナ	電話番号
	様	（　　）
生年月日	M・T・S・H　　年　　月　　日　　歳：性別（ 男・女 ）	
病院受診歴	なし・あり（病院ＩＤ：　　）	現在入院中の(有・無)
受　診　科	内科・神経内科・循環器内科 外科・整形外科・産婦人科・小児科 耳鼻咽喉科・脳神経外科・眼科・泌尿器科 皮膚科・心臓血管外科呼吸器外科・麻酔科 放射線科・精神科・形成外科・緩和ケア外来	
担　当　医	本田　勇二　先生	
簡単に症状をお知らせ下さい。		
診療予約日	月　　日（　金　）　午後　２：００	

◎緩和ケア外来は毎週金曜日午後２時から、完全予約制となっております。
◎休業日及び 17：00 以降の FAX は、翌業務日にお取扱い致しますのでご了承下さい。

富士吉田市立病院地域医療支援センター　地域医療連携担当
ＴＥＬ：０５５５－２２－４３３０（直通）