

医療法人厚生会 虹が丘病院  
ご紹介患者 診療予約申込書

医療法人厚生会 虹が丘病院 行

\*FAX受付時間 平日 8:30~16:30  
土曜 8:30~12:00

\*時間外や緊急の場合は、直接お電話にて  
ご連絡ください。

電話番号 095-856-1112

医療機関名  
所在地  
電話番号  
FAX番号  
医師名

	ふりがな				性別	男・女	
	氏名						
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日		
	住所	〒 -			電話番号		

ご紹介目的 ・ 傷病名等	*診療情報提供書(紹介状)を添付される場合はご記入不要です。										
受診希望診療科 ・ 希望医師名	*ご希望の診療科に☑をつけてください。 <table><tr><td><input type="checkbox"/> 循環器内科</td><td><input type="checkbox"/> 外科</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 呼吸器内科</td><td><input type="checkbox"/> 血管外科</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 消化器内科</td><td><input type="checkbox"/> 整形外科</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 糖尿病内科</td><td><input type="checkbox"/> その他 ( )</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 腎臓内科</td><td></td></tr></table> <p>*ご希望がある場合のみご記入ください。 医師名 ( )</p>	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 血管外科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内科	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 外科										
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 血管外科										
<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 整形外科										
<input type="checkbox"/> 糖尿病内科	<input type="checkbox"/> その他 ( )										
<input type="checkbox"/> 腎臓内科											
受診希望日	*ご希望がある場合のみご記入ください。 平成 年 月 日 ( )										

FAX番号

095-856-1102 (地域医療連携室直通)