

阿蘇医療センター

開放型病床利用申込書 FAX 予約票 （兼 診療情報提供書）

阿蘇医療センター地域連携部 送信先 FAX：0967-34-0463

ご紹介元医療機関名

診療科

医師・歯科医師名

電話番号

FAX 番号

* 患者様情報・内容等について

フリガナ		生年月日
患者氏名	男 女	大 昭 平 年 月 日 (満 歳)
住所	〒 TEL	
当院の受診歴	あり・なし・不明	
来院希望日	平成 年 月 日 ()	

希望診察科名 医師名	科 ・ 医師
---------------	--------

傷病名	
入院目的	
① 既往歴 ② 家族歴 ③ 服薬内容 ④ アレルギー等	

* FAX していただくと、後程確認のご連絡をいたします。

【休日・時間外に FAX が到着した場合は、次の出勤日にご連絡いたします】