

リウマチ科 事前診療申込書 (FAX専用)

年 月 日

北福島医療センター
地域医療連携室 行

FAX 024-551-0104

TEL 024-551-0101

※ お申込み受付時間 月～金 8:30～17:30
土曜日 8:30～12:30

【紹介元医療機関】

名称及び住所	医師名
	TEL
	FAX

【患者様情報】

フリガナ	男 ・ 女	大正・昭和 平成・令和 年 月 日生
患者氏名		
傷病名		外来通院中・入院中
ADL: _____ 付き添い: ☐ 有 (続柄: _____) ☐ 無 認知症: ☐ 有 ☐ 無		連絡先 () ()
都合の悪い日	希望医師 ☐ 有 (医師) ・ ☐ 無	

※ 診療情報提供書と検査データの添付をお願いします。

DVD がある際は事前に郵送にてお送りください。

《患者様へお伝えいただきたいこと》

- ※ 予約調整は医師確認後のご連絡となりますのでお時間いただきます。
- ※ 大変混み合っておりますので待ち時間がございます。付き添いの方も予定は1日入れずに来院してください。
- ※ 尿検査がある場合もございますので受診日当日は直前のおトイレはお控えください。
- ※ お薬手帳は必ず持参ください。