



地域医療連携室 行

FAX 0721-23-6953

ご記入いただきましたらこの申込用紙をFAXでお送りください。

FAX送信後、**患者様にこの用紙(原本)をお渡しし、検査当日、必ずお持ちくださるようお伝えください。**

PL病院 診療予約申込書 (診療情報提供書)

※この用紙は診療情報提供書(紹介状)を兼ねています。

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者様氏名		電話番号	() -
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	受診歴	有 ・ 無

貴医療機関名		電話番号	
貴院医師名	印	FAX番号	

下記の項目に☑または、必要事項を記入してください。
当日のご予約はお取りできませんので0721-24-6100へ連絡ください。

❖ 受診希望科 ❖	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 血液内科* <input type="checkbox"/> 神経内科* <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科※出産希望の方は、ご本人より直接、産婦人科外来へ連絡ください。0721-24-3100(代表)
	<small>上記に記載のない科は予約制を実施しておりません。 *血液内科、神経内科は、お手数ですが予約時に診療情報提供書も一緒に送信してください。</small>
❖ 指定医師 ❖	<input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり 医師名:
❖ 受診希望日 ❖	月 日 ()
❖ 傷病名 ❖	

❖ 既往歴および家族歴・症状経過および検査結果・治療経過 ❖	❖ 現在の処方 ❖



医療法人
宝生会

PL病院

地域医療連携室

TEL 0721-24-6100

FAX 0721-23-6953