

# 入退院支援・地域連携センター 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、受診当日、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	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"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌代謝内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 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) 上記に記載のない科は地域連携センターでお取りできる予約枠がありません。 予約取得までお時間をいただく場合がございます。 お手数ですが予約時に他に診療情報提供書や検査データ等がある場合は、一緒に送信してください。
❖ 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

入退院支援・  
地域連携センター

TEL 0721-24-6100 ■ FAX 0721-23-6953