

市立海浜病院への紹介状をお持ちの患者さんへ

紹介状をお持ちの患者さんは、事前に受診予約が出来ます。

予約問合わせ先 市立海浜病院 地域医療連携室

予約専用電話 043-277-8014

予約受付時間 9:00~12:00 13:00~16:00 (土日・祝日は除く)

予約が取れたら 記入して下さい

月 日 ()

時台の予約です

※当日の混み具合により、待ち時間が長くなる場合もあります。ご了承ください。

来院時間 予約の15分前までに、2番窓口にお越しください。

診察日の持ち物	<input type="checkbox"/> この案内用紙	<input type="checkbox"/> 公費受給者証(お持ちの方)
	<input type="checkbox"/> 紹介状(診療情報提供書)	<input type="checkbox"/> 海浜病院の診察券(お持ちの方)
	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> お薬手帳(お持ちの方)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
消化器内科	循環器内科	呼吸器内科	糖尿病外来	内分泌外来	総合内科	小児一般	小児外科	小児整形外科	小児循環器	小児神経	小児内分泌	外科一般	乳腺外科	肛門外来	ヘルニア外来	胆石外来	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	産科	婦人科	形成外科	脳神経外科	泌尿器科	成人先天性心疾患

紹介先の診療科に○を付けて下さい。

紹介元の医療機関の先生方へ

貴院へ「予約確認票」が必要な場合は、□のどちらかにチェックを入れFAXしてください。

- この用紙で、予約をとり「予約確認票」を貴院へ送る
- 患者さんからの予約電話後に「予約確認票」を貴院へ送る

医療機関 Tel Fax	千葉市立海浜病院 地域連携室 Fax. 277-3500
ふりがな 患者名 海浜病院 受診歴 有・無 (男・女)	大正 昭和 平成 令和 年 月 日() (旧姓)
傷病名(ご依頼理由)	