

# 診療予約依頼票

令和 年 月 日

## 千葉市立青葉病院

内科（糖尿病 代謝・内分泌・消化器・循環器・呼吸器・血液・神経・リウマチ・総合診療）  
外科・整形外科・皮膚科・産婦人科・泌尿器科・眼科・耳鼻科・小児科

\_\_\_\_\_先生 希望

\* 受診希望の科に○を付けてください。医師の指定があれば、ご記入下さい。

貴医療機関の名称

地域連携室

所在地

予約受付時間：9:00～16:30

TEL

直通 FAX : 043-227-6655

FAX

医師名

ふりがな 患者氏名		男 女	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）
--------------	--	--------	----------------------

※ 青葉病院あるいは旧市立病院の受診の有無について 【 あり ・ なし 】

希望日時	<input type="checkbox"/> 第1希望 20 年 月 日（ ） <input type="checkbox"/> 第2希望 20 年 月 日（ ） <input type="checkbox"/> いつでもよい
病 名	
依頼理由	<input type="checkbox"/> 紹介状FAX送付のため、別紙参照
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 独歩（要介助） <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
その他 配慮が必 要な事項	

注1) 16時30分以降のFAX受付分は、翌日速やかにお返事いたします。