

大垣市民病院紹介・予約申し込み書（胎児超音波外来専用）

依頼元	病院・医院 電話:	申込年月日：平成 年 月 日
医師名	先生 FAX:	午前 午後 時 分

〈患者様の情報〉

フリガナ			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
氏名		男・女	住所	〒 電話

〈予約内容〉

・希望日あり：第1希望日(月 日) 第2希望日(月 日)	・希望日なし
・希望時間 14:30() 15:00() 15:30()	・希望時間なし
A. 診察の予約(胎児超音波外来)を希望する	
※20週以降が対象となります。 希望診療科： <u>産婦人科</u> ※当日の予約依頼の場合、診療科との調整が必要となります。	

【診断名または臨床症状】

【既往歴】

薬剤アレルギー口有()口無、腎機能障害口有口無、喘息口有口無、大垣市民病院受診歴口有口無

返信・予約控え

担当医 先生	予約日：月 日()、予約時間：時 分
患者氏名：	受付場所：新患受付(地域連携予約 専用窓口)
診療科：産婦人科（胎児超音波外来）	
担当医師名：先生	