

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	〒 電話
	住所	

〈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
希望診療科: 産婦人科 ※20週以降が対象となります。 ※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 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無、腎機能障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無、喘息 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無、大垣市民病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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: 様	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	