HITO病院　受診予約　申込書　サポートセンター FAX:0896-58-5350

フリガナ 患者氏名	紹介元医療機関名
生年月日　□明治 □大正 □昭和 □平成　年　月　日（　歳）	電 話 番 号
住 所	ＦＡＸ番号
Ｔｅｌ	医 師 氏 名

基本情報

紹 介 目 的	□ 精査　□ 加療　□ 手術
緊 急 性	□ 有　□ 無
主 傷 病 名	
症　状	
画 像 デ ー タ	□ 有（返却 □ 要・□ 不要）　□ 無
来 院 時 の 状 態	□ 歩行可　□ 車イス　□ ストレッチャー
受 診 予 約 希 望 日 時	□ 本日　□ 1週間以内　□ 2週間以内　□ 1ヶ月以内 ※ 都合の悪い日時（　月　日、　月　日、　月　日　）

希望受診診療科にチェックを入れて下さい

□ 内科
□ 循環器内科
□ 総合診療科
□ 外科
□ 呼吸器外科
□ 脳神経外科
□ 神経内科
□ 整形外科
□ 形成外科
□ 美容外科
□ 泌尿器科
□ 緩和ケア外来
□ 婦人科

□ 関節専門外来
□ 脊椎専門外来
□ 創傷専門外来
□ 睡眠時無呼吸スクリーニング外来
□ 禁煙専門外来
□ 消化器がん化学療法専門外来
□ 皮膚がん・眼瞼下垂・皮膚アンチエイジング専門外来
□ 糖尿病合併症外来

希望医師
□ 無
□ 有　【　医師 】