

## 事前診療録作成書（FAX 専用）

鹿児島市医師会病院

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

\_\_\_\_\_科

紹介元医療機関の

所在地及び名称

電 話 番 号

担当医 \_\_\_\_\_先生

医 師 氏 名

印

患 者	フリガナ		患 者		
	氏 名		住 所		
			電話番号		
名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 才 ) 男・女	職業		
	鹿児島市医師会病院受診歴 ( 有 ・ 無 )				
紹 介 目 的	<input type="checkbox"/> 診察依頼 <input type="checkbox"/> 入院依頼 <input type="checkbox"/> 検査依頼 <input type="checkbox"/> その他				
	来院予定日 _____年 ____月 ____日				

(お願い)

事前診療録作成書を患者様が来院される前日までに医療連携・相談室あてに FAX で送信くださるようお願いいたします。

なお、緊急の場合を除き、原則として受診当日は患者様の来院受け付け順とさせていただきますのでご了承下さい。

また、検査・入院は事前予約となっております。直接電話(代表電話)にてお申し込みください。

### 連 絡 先

**鹿児島市医師会病院医療連携・相談室**

専用 FAX    0 9 9 - 2 5 4 - 1 3 0 8

専用電話    0 9 9 - 2 5 4 - 1 1 2 1

代表電話    0 9 9 - 2 5 4 - 1 1 2 5    内線 7 8 4 ・ 7 8 5