送付先 ： FAX 0952-28-1269（直通）　　佐賀県医療センター好生館

紹介患者カルテ事前準備依頼書

様式1

診F

1、初診予約受付（　0952-28-1495　）へお電話ください。

受付時間 ： **月～金　8時30分～17時15分**　（土・日・祝日・年末年始12/29～1/3を除く）

（翌営業日予約については17時迄）

＊受診希望日の1ヶ月前より予約可能となります。

2、『紹介患者カルテ事前準備依頼書』に必要事項を記入後、よろしければ診療情報提供書と一緒にFAX願います。

＊紹介状の宛名は 『担当医』 でお願いします。

＊当館は医師指定（整形外科以外）でのご予約は受け付けておりません。ご了承ください。

3、診察の都合上、予約時間より遅れて診察になる場合がある事を患者さんへ必ずお伝えください。

4、当館より、**電話をする場合があります**事を患者さんへお伝えください。

紹介元									
貴医療機関名 住　　所 医師氏名 電話番号 FAX番号									
ご担当者名	部署					内線			
受診を希望する診療科に〇をつけ、以下についてすべてご記入願います。									
	総合内科		呼吸器内科		肝胆膵内科		消化器内科		血液内科
	腎臓内科		糖尿病代謝内科		腫瘍内科		感染症内科		小児科（一般）
	循環器内科		不整脈外来		脳神経内科		もの忘れ外来		消化器外科
	肝胆膵外科		呼吸器外科		小児外科		眼科		耳鼻いんこう科
	小児言語リハ		婦人科		産科		泌尿器科		脳神経外科
	皮膚科		整形外科		脊椎外科		骨粗鬆症外来		RPR外来
	心臓血管外科		放射線治療		高血圧症専門外来				
電話予約結果（受診日時）　**月　日　曜日　時　分**									
紹介理由	傷病名								
	☐診療情報提供書添付								
来院方法 / 入外	☐ 徒歩		☐ 車イス			☐ ストレッチャー		☐ 現在、入院中	
患者さん情報						好生館ID：			
フリガナ			旧姓		性別		当館の受診歴		
氏名					男 ・ 女		☐ 有　☐ 無		
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　　年　　月　　日　（　　才）								
住　　所	〒								
電話番号	（　　）		携帯番号						

地方独立行政法人　佐賀県医療センター好生館

好生館記入欄 ： ☐ ID取得中　☐　確認中

2025.1