

〈つがる総合病院 脳神経外科外来 受診申込書〉

問い合わせ：つがる総合病院 脳神経外科外来 TEL：0173-35-3111(代)

★診療情報提供書を添えて、地域連携室へFAX（0173-33-4501）でお申し込みください★

(貴院の) 医療機関情報	病院名		患者情報	ふりがな	
				氏名	
	診療科			年齢・性別	歳 男・女
	主治医			本人又は同居されている方が、県外（海外を含む）への移動、又は県外へ移動された方との接触はありませんか 無・有	
	TEL			有の場合	いつ だれが () () どこへ 帰省日 () ()
	FAX				

〈受診希望日〉

第1希望	第2希望	□ 指定なし
令和 年 月 日 ()	令和 年 月 日 ()	

お願い

- ★ 受診日決定の連絡に時間を要する場合があります。受診希望日が翌日の場合は変更をお願いする場合があります。
- ★ 受診日が決まりましたら患者さんへの連絡をお願いします。
- ★ 変更やキャンセルなどの連絡は 脳神経外科外来 にお問い合わせいたします。

つがる総合病院 脳神経外科 外来 記入欄

受診日 令和____年____月____日 (____)

午前・午後____時までに受診してください。

診察状況によりお待ち頂きますので、ご了承下さい。

※当日同伴される御家族も、県外（海外含）への移動や移動された方との接触がないか確認をお願いします。

※受診時はマスクの着用をお願いします。