

診療申込書（医療機関送信・返信用）

FAX：043-206-3439

国立研究開発法人 量子科学技術研究開発機構 QST病院 地域医療連携室 行き

* 頂いたFAXは、当院医師が確認して予約取得を検討します。
病院稼働日の1～2日程度で、FAXにて返信いたします。

【紹介元医療機関情報】

医療機関名	
診療科	科
ご担当医	
担当部署/担当者	/ 様
返信先FAX 番号	
返信先電話番号	

FAX送信枚数 本紙含む
枚

診療情報提供書を
◎ 添えてFaxください

【患者情報】

フリガナ		医療保険	有 ・ 無
氏名		日本語での会話	可 ・ 不可
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)		

【紹介目的】

紹介目的	<input type="checkbox"/> 初診予約	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン
患者本人の来院	<input type="checkbox"/> 来院する	<input type="checkbox"/> 来院しない
ご都合の悪い日		

【QST病院からの返信】

この度は、QST病院へ患者様をご紹介頂きありがとうございました。

拝診いたします。下記の受診予約日時をご確認ください。

初診予約は、おとりできませんでした。セカンドオピニオンのご希望がありましたら、お手数ですが再度ご連絡頂けますようお願い致します。

予約日時	年 月 日 ()	時 枠
来院時間	時 分	
予約の種類	<input type="checkbox"/> 初診予約	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン

* 受診当日に必要な持ち物と来院に際しての注意事項は、別紙でご案内します。

診療申込書（医療機関送信・返信用）

FAX：043-206-3439

国立研究開発法人 量子科学技術研究開発機構

QST病院 地域医療連携室 行き

* 頂いたFAXは、当院医師が確認して予約取得を検討します。
病院稼働日の1～2日程度で、FAXにて返信いたします。

【紹介元医療機関情報】

医療機関名	〇〇病院
診療科	消化器外科
ご担当医	科学 太郎
担当部署/担当者	地域医療連携室 / 鈴木 様
返信先FAX 番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
返信先電話番号	△△△-△△△-△△△△

FAX送信枚数 本紙含む
5 枚

診療情報提供書を
◎ 添えてFaxください

【患者情報】

フリガナ	リョウシ ハナコ	医療保険	有 ・ 無
氏名	量子 花子	日本語での会話	可 ・ 不可
生年月日	西暦 19XX 年 4 月 1 日 (40 歳)		

【紹介目的】

紹介目的	<input checked="" type="checkbox"/> 初診予約	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン
患者本人の来院	<input checked="" type="checkbox"/> 来院する	<input type="checkbox"/> 来院しない
ご都合の悪い日	9/5以前	9/13 月曜日

【QST病院からの返信】

この度は、QST病院へ患者様をご紹介頂きありがとうございました。

拝診いたします。下記の受診予約日時をご確認ください。

初診予約は、おとりできませんでした。セカンドオピニオンのご希望がありましたら、お手数ですが再度ご連絡頂けますようお願い致します。

予約日時	年 月 日 ()	時 分
来院時間	時 分	
予約の種類	<input type="checkbox"/> 初診予約	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン

* 受診当日に必要な持ち物と来院に際しての注意事項は、別紙でご案内します。