



外来診療相談 FAX用紙

FAX 0166-45-2033

地域医療連携室直通

申込日	令和 年 月 日	窓口担当			
機関名					
医師氏名					
連絡先	TEL		FAX		
ふりがな		性別	生年月日	年齢	
患者氏名	様	男 女	T S H R 年 月 日		
住所	〒 -				
電話番号					
傷病名					
診療科	脳外スクリーニング	内科	整形外科	形成外科	眼科
	脳神経外科	外科	耳鼻咽喉科	リンパ浮腫	
紹介内容					
受診希望日	月 日 曜日		午前	午後	
希望医師	医師	当院受診歴	無	有	

お問い合わせ先 森山病院 地域医療連携室
〒078-8372 旭川市宮前2条1丁目1番6号 TEL(0166)45-2020(代表)

*通常受診の場合は、「相談用紙」不要です。外来診療担当表に合わせて、ご来院ください。

当院記入欄

診療科		脳S	医師	連携室	担当	時間
受診日	月 日 曜日			医事課		
時間	来院	診察	MRI	外来		
				返信		