

患者紹介申込書(FAX専用)

年 月 日

医療法人 佐藤病院
地域医療連携室 行

FAX 0184-74-5690(直通)

TEL 0184-22-6555(代)内線7004

※FAXの受け付け時間は、月曜日～金曜日(祝祭日を除く)8:30～16:00まで、土曜日(祝祭日を除く)8:30～11:00まで(受付のみ)といたします。

【貴医療機関の情報】

貴医療機関名		貴医師名	
住 所			
電 話		F A X	

【患者様の情報】

フリガナ		男・女	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	生	歳
患者氏名								
住 所								
電 話								

※ 当申込書と同時に保険証の写しと診療情報提供書もFAXしてください。

【診療希望日時】

第一希望日時	年	月	日	()	時頃
第二希望日時	年	月	日	()	時頃

【診療科・病名等】 ※ ご希望の診療科に○をつけて下さい。

内 科	呼吸器内科(木曜日休診)	循環器内科	整形外科
外 科	心臓血管外科	脳神経外科	頭痛外来
産婦人科	婦人科		
希望医師 あり (医師名:)・なし			
病名・症状等 (簡潔で結構ですのでご記入下さい)			
紹介目的			

※希望医師及び希望日時については、ご希望に添えない場合がありますのであらかじめご了承ください。