

紹介受診事前申込書（FAX用）

【紹介状と併せてFAX送信をお願いします】

送付日： 年 月 日

送信先・問い合わせ先

済生会三条病院

地域医療支援センター 地域医療連携室 行

電話番号：0256-33-1551(代)

FAX番号：0256-35-8175(直通)

受付時間：平日9:00～16:30

※上記以外の時間帯は、翌診療日以降の返信となります

ご依頼元

医療機関名：

電話番号：

FAX番号：

【基本情報】

患者氏名	フリガナ (旧姓:)	性別	男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)		
住所	〒 - (旧住所) 〒 -		
連絡先	(自宅電話番号) (携帯番号)		
当院の受診歴	なし ・ あり ※「あり」の方は当院の患者番号をご記入ください 例) 患者番号 0000-00-0		

【確認事項】

1. 受診希望診療科

※ 下記診療科以外については、こちらの用紙を使用せず地域医療連携室へお問い合わせください。

☐ 整形外科 (月・水・木・金)

☐ 泌尿器科 (月～金・お申し込みから予約日確定まで2～3日 お日にちを頂きます)

☐ 歯科口腔外科 (月～金・午前のみ)

2. 医師の判断による緊急性

(あり ・ なし)

3. 受診希望日

※ 本日受診希望の場合は診療科宛に直接ご連絡をお願いいたします。連絡後、紹介状を地域医療連携室へFAXしてください。

・第1希望: 月 日 () **・第2希望:** 月 日 ()

4. 紹介目的

()

予約日を確定し、「受診のご案内」をFAXいたします。内容をご確認のうえ患者さんにお渡しください。

R7.5 改定