

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・お問い合わせ先

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。 <input type="checkbox"/> 整形外科 (月・水・木・金) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 () ・特に希望無し ※ 希望にそえない場合もあります
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。

R7.6 改定