

済生会三条病院 紹介受診事前申込書(FAX用)

《紹介状と合わせてFAX送信をお願いします》

※ 急患はご希望の診療科へ直接ご相談ください。この用紙は不要です。

済生会三条病院
地域医療支援センター 行
TEL. 0256-33-1551(代)
FAX. 0256-35-8175 (連携室直通)

紹介元
医療機関名
医師氏名
電話番号
FAX番号

《受診希望科》 下記以外の診療科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☐ 泌尿器科 (お申し込みから予約確定まで2~3日 お日にちを頂きます)☐ 歯科口腔外科 (予約は午前のみです)

《紹介元医師の判断での緊急性》 あり ・ なし

《予約希望日》

① 年 月 日 ()

② 年 月 日 ()

③ 特に希望はなし ※ご希望にそえない場合もあります。

《現在患者さんが院内で》 待っている ・ 待っていない

《基本情報》

患者氏名	フリガナ (※フリガナを必ずご記入ください)
	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)
住 所	〒 -
	連絡先: 自宅() - 携帯() -
受診歴	以前済生会に受診したことがありますか? ある (旧姓:) ・ ない

《紹介目的》

この用紙は紹介状として使用できません。お手数でも診察日前に紹介状のFAXをお願いします。 紹介状を添付された際は、《紹介目的》の記入は不要です。

○ FAX受付時間 9:00~16:30

折り返し『受診のご案内』をFAXいたしますので、患者さんにお渡しください。

30分以内には送らせて頂きますが、お時間がかかるようであればご連絡させていただきます。

休診日、時間外のFAXについては後日のお返事となります。ご了承ください。