

済生会三条病院 紹介受診事前申込書(FAX用)

FAX番号 0256-35-8175 (連携室直通)

送付日 年 月 日

済生会三条病院
地域医療連携室 行

紹介元

医療機関名

医師氏名

電話番号

FAX番号

受診希望科(✓をつけてください)

外科

整形外科

泌尿器科

歯科口腔外科

医師 (緊急性: あり・なし)

※その他の診療科は予約をお取りしていません。

※当日(緊急)の場合は直接外来へ連絡をお願いします。

予約希望日 ① 年 月 日 ()

② 年 月 日 ()

③ 特に希望はない

※ご希望にそえない場合もあります。

《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	〒	-		
電話番号	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			

《診療情報》(紹介状のFAXか、お急ぎの場合は下記へご記入ください。)

病 名:
紹介内容:

※この用紙は紹介状ではありません。お手数でも診察日前に紹介状のFAXをお願いします。

○ 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になります。ご了承下さい。

※ ご不明な点がございましたら、下記へお問い合わせ下さい。



済生会三条病院 地域医療連携室

TEL. 0256-33-1551(代)

FAX. 0256-35-8175(連携室直通)