

送付日 年 月 日

济生会三条病院
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)

《济生会三条病院 紹介受診事前申込書(FAX用)》

※ 紹介状と紹介受診事前申込書を併せましてFAX送信をお願いいたします。
紹介状の添付ができない場合は、必ず下記《紹介目的》を記入の上
お手数ですが地域医療支援センター宛にご一報ください。

《紹介元》 医療機関名・医師氏名・電話番号・FAX番号

[]

《予約希望科》

外科 整形外科 泌尿器科 歯科口腔外科

※ 急患に関しましてはFAXではお受けできません。ご希望の診療科へ直接ご相談ください。

《予約希望日》 ※ご希望にそえない場合もあります

- ① ()日以内に
- ② 年 月 日()
- ③ 年 月 日()
- ④ 特に希望はなし

《患者状況》

現在患者様は院内で待機されていますか？ 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
旧姓:	()
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() -
当院受診歴	なし ・ あり (当院ID:)

《紹介目的》

[]

- FAX受付時間 9:00~16:30
折返し『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。
休診日、時間外のFAXについては後日のお返事となります。ご了承下さい。