

FAX:072-367-7775

紹介受診者申込書

令和 年 月 日

さくら会病院 地域連携室 行

施設名

医師名

TEL

FAX

担当者名

| | | | | | |
|------------|------------------------|-------------|--------|---|--|
| フリガナ 氏名 | | 男 ・ 女 | 住 所 | 〒 | |
| 生年月日 | T・S・H・R 年 月 日 (歳) | 電話番号 () | | — | |
| | | 携帯番号 | | | |
| さくら会病院受診歴 | 有 ・ 無 | | ID番号 | | |

| | | | |
|--|---|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> 整形外科 | <input type="checkbox"/> 内科 | <input type="checkbox"/> () 科 |
| <input type="checkbox"/> 希望の医師 _____ | <input type="checkbox"/> 担当医は病院の診療体制にゆだねる | | |
| <input type="checkbox"/> 第1診察希望日 _____ 月 _____ 日 | <input type="checkbox"/> 診察日は病院の診療体制にゆだねる | | |
| <input type="checkbox"/> 第2診察希望日 _____ 月 _____ 日 | | | |

★「紹介受診者申込書」に必要事項をご記入のうえ、
「診療情報提供書」+「保険証のコピー」を地域連携室までFAXをお願い致します。

★予約がとれましたら「予約票」をFAXにて返信させていただきます。

| |
|-------|
| ★ 通信欄 |
|-------|