

【紹介患者 FAX 予約申込書】

申込日 平成 年 月 日

村立東海病院

地域医療連携室 宛

FAX 029-282-2213 (直通)

予約受付時間

月曜日～金曜日 8:30～16:30

土曜日 8:30～11:30

医療機関名

所在地

TEL 番号

FAX 番号

医師氏名

ふりがな											生年月日							
氏名											大正・昭和・平成		年	月	日			
											性別	男・女		年齢	歳			
住所	〒 -																	
電話番号											携帯番号							
保険者番号											本人・家族		負担割合		割			
記号・番号																		
公費受給者番号											公費番号							

希望診療科	内科	小児科	整形外科	外科	耳鼻咽喉科	婦人科	歯科
希望医師	無・有		医師名				
希望日	無・有		第1希望		月	日	()
			第2希望		月	日	()
村立東海病院受診歴	無・有		患者番号				

病名														
既往歴														
紹介目的														
症状及び経過														

※診療情報提供書、検査結果及びフィルム等をご持参ください。

村立東海病院 地域医療連携室
029-282-2212 (直通)