

## 【紹介患者 FAX 予約申込書】

申込日 令和 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											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	耳鼻いんこう科	婦人科
希望医師	有・無		医師名			
希望日	有・無		第1希望		月 日 ( )	
			第2希望		月 日 ( )	
村立東海病院受診歴	有・無		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お持ちください。

村立東海病院 地域医療連携室  
029-282-2212 (直通)