

ご紹介患者 診療予約申込書

FAX 番号 095-856-1102

医療法人厚生会 虹が丘病院 行

*FAX 受付時間

平日 8:30~16:30 / 土曜 8:30~12:00

*時間外や緊急の場合は、直接お電話にてご連絡ください。

電話番号 (095) 856-1112

医療機関名

所在地

電話番号

FAX 番号

医師名

ご紹介患者情報	ふりがな				性別	男・女
	氏名					
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	
	住所	〒 -			電話番号	

ご紹介目的 ・ 傷病名等	*診療情報提供書(紹介状)を添付される場合は ご記入不要です。
受診希望診療科 ・ 希望医師名	<p>*希望の診療科に☑をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器外科</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 血管外科</p> <p><input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 糖尿病内科</p> <p><input type="checkbox"/> 腎臓内科</p> <p>*希望がある場合のみご記入ください。</p> <p>医師名 ()</p>
受診希望日	<p>*希望がある場合のみご記入ください。</p> <p>平成 年 月 日 ()</p>

FAX 番号 095-856-1102 (地域医療連携室直通)