

# 紹介患者受診申込書 兼 診療情報提供書

紹介日	年 月 日
医療機関名	
紹介医師名	
(ご担当者名)	
住所	
TEL	
FAX	



<p style="text-align: center;"><b>済衆館病院</b>  <b>患者支援センター</b>  <b>FAX:0568-21-0837</b>  <b>TEL:0568-21-1732</b></p> <p style="text-align: center;">平日:9:00~16:30                  土曜:9:00~13:00</p>
--

※FAXでのご依頼は24時間受付していますが、時間外・休診日については返信が翌平日午前中となりますのでご了承ください。

フリガナ		年齢		大・昭・平・令	性別
患者氏名		歳	生年月日	年 月 日	男・女
住所					
TEL	TEL ( ) —				
当院受診歴	なし	あり ( )	科	当院ID	

希望診療科					
医師名				医師	<input type="checkbox"/> 医師指定なし
予約希望日	第一希望	年	月	日 ( )	
	第二希望	年	月	日 ( )	
	希望なし				
	その他				

紹介目的(症状及び治療経過、検査結果、処方内容 等…別紙添付可)

時間外・休診日の緊急時は 0568-21-0811(代表) へお電話ください。