

患者様 紹介用 FAX

令和 年 月 日

1. 当院紹介科・医師

2. 紹介元医療機関(ゴム印等でも結構です)

担当科	科
指名 医師名	医師
(当院にらせていただく場合は不要)	

医療機関名	
住所	
電話番号	
FAX	
医師氏名	

3. 受診希望日

①または②の □ にレ点(チェック)をし、必要事項を記入してください。

① 令和 年 月 日 () 時 分

② 未定 : 後日連絡あり

(曜日又は診療科によってはお待ちいただく場合があります)

4. 患者様 情報

住所			
フリガナ			
氏名		生年月日	明・大・昭・ 平・令 年 月 日
性別		電話	— —

5. 当院の受診歴

有 ・ 無 (有の場合、来院当日に診察カード(全科共通)をご持参ください)

当院登録番号

--	--	--	--	--	--	--	--

(左詰めでご記入ください)

《お願い》

- 「患者様 紹介用FAX」は医師確認・患者様の個人情報を含むため、上部記載FAX受付時間内に地域医療連携室にご連絡の上、送信をお願いいたします。
- 休診日： 毎週水曜日・毎月第1日曜日・祝日 (診療スケジュール、ホームページ、お電話にてご確認ください)
- 医師の都合(学会出席、手術等)で診察日が変更になることがあります。
- 窓口受付時間 8:30~12:30
(眼科は11:00で受付終了・整形外科および歯科・歯科口腔外科は12:00で受付終了致します)
- 患者様に受診日に『貴院紹介状(診療情報提供書)』『保険証』『おくすり手帳』をご持参の上、総合受付へお越しいただくことをご案内ください。