

F A X 紹介用紙 (受付時間 平日 8 時 3 0 分 ~ 1 7 時 1 5 分)

年 月 日

三島総合病院 地域連携室 宛

電話 055 (975) 2761

F A X 055 (975) 2783

御紹介医： _____ (医院・クリニック・病院)
_____ 先生

F A X 番号 (記載お願いします) _____
(フリガナ)

患者様氏名： _____ 様 (男・女) 才

生年月日： _____

当院受診： (初めて、以前にあり、不明)

診察依頼科： _____ 科 _____ 医師

診察希望年月日： 第一希望 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

第二希望 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

第三希望 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

いつでもよい

診察は午前中となります。担当希望医の外来日の確認をお願いします。折り返し、地域医療連携室より内容確認の F A X をさしあげます。

本用紙は予約のためのものですので、受診に際し患者様に紹介状をお渡し下さい。

以下は保険証の必要事項の記載欄です。