

患者紹介依頼書 (FAX用)

六地蔵総合病院 地域連携室 宛

FAX 0774-26-6950 (直通)

受付時間：月～金曜 8：30～17：00 土曜 8：30～12：30

※ 受付時間以降および、日・祝日のご連絡は翌日となります

下記の通り紹介致しますのでよろしくお手配ください。

申込日	令和	年	月	日
紹介元医療機関名	医院・診療所・病院・施設			
医師名	先生			
電話番号		FAX番号		

受診希望日	令和	年	月	日 (曜日)	時	分
・フリガナ ・患者氏名					男	女
生年月日	T・S・H・R	年	月	日 (歳)		
受診科	科				先生	
六地蔵総合病院 受診歴	有 ・ 無					

紹介目的 (可能であれば情報提供書のFAXをお願い致します)

検査依頼の場合 (下記に○または記入をお願いします)

検 査 の み	・ 診 察	・ 精 査	C T	・ 単 純	・ 造 影	M R I	エ コ ー	・ 心 胸	・ 腹 部	・ そ の 他	()	ホ ル タ ー	心 電 図
------------------	-------------	-------------	--------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	------------------	--------	------------------	-------------

※初診の患者様または住所・保険情報の変更がありましたら

下記へご記入していただくか、保険証のコピーをFAXしてください。

住所	()												
電話番号													
保険証番号													本人・家族
記号・番号													
公費番号													重障老人
													有 ・ 無
													負担割合
													%

※上記のFAX番号以外のFAX番号 (代表等) に送信されますと対応が遅れることが御座いますのでご注意ください。

TEL 0774-33-1723