

患者紹介依頼書（FAX用）

六地蔵総合病院 地域医療連携室 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	①令和	年	月	日（	曜日）	時	分
	②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（ID：） ・ 無						

紹介目的（紹介状が出来次第FAX送信をお願いいたします）

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 診察 精査 み	C T	単 純	造 影	M R I	エ コ ー	心 腹	そ の 他	（ ）	ホ ル タ ー	心 電 図
----------------------	--------	--------	--------	-------------	-------------	--------	-------------	--------	------------------	-------------

患者情報	
住所	（ — ）
電話番号	

当日、紹介状・マイナ保険証をご持参いただきますようお願いいたします。

※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