（紹介元医療機関→豊郷病院）

診察依頼書（FAX送信票）

年　　月　　日

豊郷病院地域連携室宛
FAX　0749－35－0403
TEL　0749－35－0001
☆受付は平日8:30～16:50、第1・第3土曜日8:30～12:10までです。

紹介元医療機関名		医師名
TEL（　　－　　－　　）	FAX（　　－　　－　　）	
受診希望日	年　　月　　日（　　）　・指定なし	
診療科	科	
担当医	医師　・　指定なし	
傷病名		
紹介目的	診察　・　入院　・　その他　〔　　〕	
豊郷病院受診歴	□あり　・　□なし	

患者基本情報

☆事前に診察録の準備をさせて頂きますので、保険情報または保険証のコピーをお願いします。

フリガナ		性	被保険者名	続柄
患者氏名		男・女		
生年月日	M・T・S・H・R　年　月　日（　歳）			
住所				
電話番号	電話番号（　－　－　）	携帯番号（　－　－　）		
保険者番号		公費負担		
記号				
番号		福祉医療		
資格取得				