

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、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	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし

患者基本情報

☆事前に診察録の準備をさせていただきますので、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				