津山第一病院　地域医療連携室 紹介申込書

平成　　年　　月　　日

紹介元

医療機関名

担当（科）医師名

住所　　電話

FAX

患者	フリガナ		M・T・S・H	性別
	氏名		年　月　日（　歳）	男・女
	住所	〒　　TEL　　（　　）		当院の受診歴
				有・無

保険	記号						番号				本・家
	保険者番号								有効期限		
	公費負担者番号								有効期間	～	
	公費受給者番号										

受診希望科		受診希望医師
		□ なし □ あり（　　）医師
受診希望日	月　　日　　曜日	予約希望時間
		□午前 □午後　　時

傷病名 （主訴または病名）	
紹介目的	
傷病詳記	※診療情報提供書を同時にFAXいただけない場合はこちらをご記入ください。

【来院方法】　□ 自家用車　□ 救急車　□ その他（　　）

【予約受付時間】 平日（木曜を除く） 8:30～17:00　土曜日8:30～12:00

（受付時間外、及び木・日・祝のお申込みにつきましては、翌平日・土曜日に回答いたします。）

注意事項

※診療情報提供書を可能な限り合わせて送信ください。

※当日のご予約は受付けておりません。

※入院をご希望の場合は事前にご相談ください。

本書送信先

FAX:0868-28-2280

津山第一病院　地域医療連携室

〒708－0871

岡山県津山市中島438

TEL 0868－28－2001（地域医療連携室　直通）