

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
内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 胃カメラ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()医師
受診希望日	月	日	曜日
			予約希望時間
			<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
時 頃			

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。)

<p>注意事項</p> <p>※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。</p>

<p>本書送信先</p> <p>FAX: 0868-28-2280</p> <p>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)</p>
--