

津山第一病院 地域医療連携室 紹介申込書

年 月 日

医療機関名
診療科
医師名
所在地

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				胃カメラ
				<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻
受診希望日	月	日	曜日	受診希望医師
<small>可能であれば希望日を記載ください。</small>	月	日	曜日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)医師

傷病名 <small>(主訴または病名)</small>	
紹介目的	
傷病詳記	<small>※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。</small>

【来院方法】 自家用車 救急車 その他(_____)

【予約受付時間】 平日(月～金)8:30～16:30

(受付時間外、及び土・日・祝のお申込みにつきましては、翌平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)