

診 療 依 頼 書

FAX 042-526-5547

※下記項目にご記入ください。最優先する希望項目の□にチェックをお願いします。

□希望受診科： _____ 科 □希望医師名： _____

※お手数ですが、下記に病名・症状等をご記入ください

[_____]

※診療情報提供書は当日ご持参くださいますようお願いいたします。

□希望受診日時：

第一希望： 年 月 日 () □9時 □10時 □11時 □希望無し

第二希望： 年 月 日 () □9時 □10時 □11時 □希望無し

※30分枠でご予約をお取りする場合があります

□貴院にて 外来中 ・ 入院中 (どちらかに○をつけてください)

貴医療機関名

住 所 〒

貴 医 師 名

TEL : _____ () _____ FAX : _____ () _____

ご紹介いただきます患者様についてご記入ください。

ふりがな

ご氏名 _____ 男・女 受診歴： 有 無 不明

(災害医療センター)

生年月日 M・T・S・H・R _____ 年 月 日生 年齢： _____ 歳

住 所 〒 _____

電 話 _____

保険情報 ※保険証・各受給者証のコピーをFAXしてください。又は下記欄にご記入ください。

保険者番号									
記号				番号					
公費負担番号									
公費負担受給者番号									

被保険者との続柄
本人 ・ 家族

資格取得日：

有効期間： ~

その他連絡事項

受付時間 月～金 8：30～17：00

TEL 042-526-5613 (医療連携室直通) FAX 042-526-5547 (医療連携室直通)

- * 予約通知書をFAXにて、ご返送いたします。
- * 時間外・休日のお申し込みは、翌日受付となります。
- * お急ぎの時はお電話にてご連絡をお願いいたします。