

紹介患者さま用FAX

製鉄記念八幡病院

申込日 平成 年 月 日

御紹介元医療機関

科
担当医 先生

所在地

名称

医師名

TEL

FAX

フリガナ				生 年 月 日	明・大・昭・平
お名前	男・女 様				年 月 日 (歳)
現住所					電話() -
依頼項目	<input type="checkbox"/> 外来受診 受診希望日	<input type="checkbox"/> 入院予約 年	<input type="checkbox"/> 即日入院 月	<input type="checkbox"/> 検査 日	診療種別 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災(業務・通勤)
傷病名 紹介目的					

受診依頼



検査依頼



紹介患者さまに持参していただくもの

- ・紹介状 (診療情報提供書) ・各医療証 (障害者医療、生活保護などお持ちの方のみ)
 - ・健康保険証 ・当院の診察券 (お持ちの方のみ) ・お薬手帳 (お持ちの方のみ)
- 受診当日、正面玄関入って左手の番号札を取りお持ちいただくようお願いください。

※お申し込み後、受診希望日等の変更が生じた際には、当室へご連絡ください。

地域医療連携室 受付時間 平日 8:30~18:30

☆ 夜間・休日と同じフリーダイヤル番号で、入院受付担当者が対応します。

TEL 0120-671-708 FAX 0120-671-707