

# 紹介患者外来受診申込書

健和会大手町病院 医療連携室 宛て

FAX番号 093-592-5966

公益財団法人健和会 健和会大手町病院

平成 年 月 日 発信

ふりがな		性別	男・女
氏名			
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 ( )歳		
住所			
電話番号			
主保険		公費等	
保険者番号			
記号・番号			
有効期限			

患者情報はカルテの表紙もしくは保険証のコピーでも構いません。

受診科		希望医師	
紹介目的	・外来受診 ・入院 ・検査のみ	希望検査	
連絡事項(診断名、主訴、症状、その他)			
受診希望日	平成 年 月 日 ( 曜日 )		
紹介元 医療機関			

- この用紙は診療情報提供書ではありません。
- この用紙と別に診療情報提供書のFAXをお願いします。