

松阪中央総合病院 診療申込書 《FAX専用》

FAX. 0598-21-7616

平成 年 月 日

診療情報提供書 または この用紙をFAXしてください。

宛先 松阪中央総合病院 地域医療連携室 行き 〒 515-8566 松阪市川井町字小望102番地 TEL. 0598-21-5510(連携室直通) FAX. 0598-21-7616(連携室直通)		紹介元 医療機関名 所在地 TEL. FAX.	
受診希望日	① 年 月 日 (曜) ② 年 月 日 (曜) *都合の悪い日() 決定後「紹介受診受付確認表」をファックスいたします。患者さまにお渡し下さい。		
受診科 (○で囲む)	内科・消化器内科・外科・脳神経外科・胸部外科・産婦人科・眼科 耳鼻咽喉科・小児科・整形外科・皮膚科・泌尿器科・放射線科 脳神経内科・麻酔科・精神神経科・リハビリ科・呼吸器内科・放射線治療科		
受診希望医	(希望医のない場合は記入不要です)		Dr. 間連絡 済 ・ 未
フリガナ			貴院 ID
患者氏名	男 ・ 女		松中 ID
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)		
住所	〒 TEL.		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 検査() <input type="checkbox"/> その他()		
病名・病状			
緊急性	有 ・ 無	搬送手段	自家用車 ・ 施設車 ・ 救急車
A D L	独歩 ・ 杖歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー		
付添者	有 () ・ 無		
申込受付後、「紹介受診受付確認表」をファックスいたします。患者さまにお渡し下さい。 「紹介受診受付確認表」が届かない場合は、お手数ですが お電話をお願いいたします。 受診当日は、保険証、紹介状を紹介受付窓口に提出いただくようお願いいたします。 受診科まで係りがご案内いたします。			
お問い合わせ先	地域医療連携室 受付時間 8:30～16:30 Faxは24時間稼働。但し、時間外・休日着信分は翌日対応。 TEL. 0598-21-5510 直通 FAX. 0598-21-7616 直通		