

紹介患者事前申込書 (FAX 用)

上越総合病院 地域連携センター FAX 番号 (直通) 025-524-3140

平成 年 月 日

【紹介元】

医療機関名 _____

TEL : _____

医師名 _____

FAX : _____

【紹介患者情報】

フリガナ 氏名:	男 女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日 () 歳
住所:	電話番号:	当院受診歴 有 ・ 無

受診希望科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 神経内科
	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔科
	<input type="checkbox"/> CT (造影なし)	部位【 頭部・胸部・腹部・骨盤・その他()】			
	<input type="checkbox"/> MRI (造影なし)	部位【 頭部・その他()】			
<input type="checkbox"/> 総合診療科					
*予約受付は上記診療科のみとなります					

病名・臨床経過・紹介目的・診察希望医師等 簡単にご記入下さい
(紹介状を併せて FAX していただければ、紹介目的の記入は不要です。また、紹介状は受診時に必要です
ので患者様にお渡し下さい。)

※受診不可能な日・曜日があればお書き下さい

*FAX 受付時間 平日 午前 8 : 30 ~ 午後 4 : 00

H27.8 改訂

*折り返し(およそ 20 分後)『予約確認票』を FAX 致しますので患者様にお渡し下さい。

*診療科によってはご希望にお応えできない場合や予約日時決定までお時間がかかる場合がございます。

予めご承知おき下さい。

*受付時間外に FAX を送信された場合の対応は、翌診療日になります。

上越総合病院 地域連携センター

ご不明な点がございましたら、地域連携センターへお問い合わせ下さい。

TEL 025-524-3000 (代表)

FAX 025-524-3140 (直通)