

平成記念病院 初診紹介患者予約診療依頼書（FAX専用）

*業務の都合によりすぐに対応できない場合がある為、FAX専用でお願いいたします。

令和 年 月 日

FAX番号：0744-29-3395（地域医療連携室）

医療機関名： _____

医師氏名： _____

所在地：〒 _____

電話番号： _____

FAX番号： _____

担当： _____

依頼診療科	※依頼診療科にチェックしてください。		
	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> その他の内科
	<input type="checkbox"/> 消化器・乳腺外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 整形外科
	<input type="checkbox"/> 脳神経内科		

紹介患者情報	フリガナ：	生年月日（和暦）	年齢	性別
	患者氏名：			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所 〒	TEL		
	当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	☑受診歴の有無をチェックして下さい。		
	紹介目的			
	入院中 <input type="checkbox"/>	入院中の患者様の場合は、☑チェックして下さい。		

*予約診療の際には診療情報提供書が必要になります。

*ご不明な点はお問い合わせ下さい。

平成記念病院 地域医療連携室

〒634-0813 奈良県橿原市四条町827番地

FAX (0744) 29-3395

TEL (0744) 29-3300 (代表)