紹介患者 受診予約 申込書 (FAX送付票)

独立行政法人地域医療機能推進機構
若狭高浜病院 宛

地域連携室直通
TEL 0770-72-0702
FAX 0770-72-0822

申込日 令和 年 月 日

紹介元	医療機関: _____	所属科: _____			
	担当医師: _____	TEL: _____			
	所在地: _____	FAX: _____			
診療依頼	診療科	☐ 指定なし	☐ 診療科指定: _____ 科		
	担当医師	☐ 指定なし	☐ 医師指定: _____ 医師		
	診察日	☐ 診察希望日	年 月 日 ()		
	☐ 診察	☐ 検査	☐ 治療	☐ 入院	☐ その他
	(コメント)				

患者基本情報

患者様の基本情報のご提供をよろしくお願いたします。

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大・昭 平・令 年 月 日 (歳)
住所 電話番号	〒 TEL (- -)		