

<FAX 専用診療申込書>

【紹介先医療機関】 医療法人友愛会 千曲荘病院
地域医療連携室行 FAX : 0268-22-6266

【紹介元医療機関】

医療機関名 _____

診療科 _____ 医師名 _____

TEL _____ FAX _____

担当部署・担当者名 _____

外来患者の紹介 入院中の患者の紹介

【患者情報】

フリガナ _____

氏名 _____ 男・女

生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 〒 _____

連絡先 TEL _____ 携帯 _____

精神科受診歴 無 有 → 医療機関名 (_____)

付添予定者 無 有 → 続柄 (_____)

【診療紹介】

外来診療 入院診療

医師の指定がある場合 _____ 医師

診察希望日 緊急 (本日 ・ 1週間以内)

(来院方法 救急車 自家用車 その他 _____)

後日 (不都合日 ① _____ ② _____ ③ _____)

- ・ FAX 専用診療申込書・診療情報提供書を FAX にてお送りください。
- ・ 検査データなどありましたら併せて送信下さい。
- ・ 診察日時が決まり次第、予約確認票を FAX にてお送り致します。
- ・ 受診当日は、予約確認票、診療情報提供書、健康保険証、お薬手帳をご持参の上、当院受付にお越し下さるようお伝えください。
- ・ FAX 専用診療申込書の受け付け時間は平日 8 : 30 ~ 16 : 00 です。16 : 00 以降は翌日もしくは翌週の対応となります。

医療法人友愛会 千曲荘病院 地域医療連携室

TEL : 0268-22-6611 (代表) FAX : 0268-22-6266 (直通)