

JA とりで総合医療センター医療連携室 行

フリーダイヤル FAX : **0120-726-514**

TEL : (直通) 0297 - 86 - 7447

患者情報送り状

希望科 _____ 科

希望担当医 _____ 医師

紹介元医療機関名

TEL

FAX

※ 当院受診歴 (有・無)

※ 診療をスムーズに行うために、紹介状を前もって FAX をお願いします。

受診希望日 年 月 日 ()

救急車等で来院の際はご記入下さい (貴院救急車 ・ 救急車 ・ 搬送車)

フリカマナ 患者氏名		大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住 所	〒	TEL

《保険情報》

下記に該当する方は○をつけて下さい。

生活保護 市町村 []

自賠・労災 []

※FAX 受付時間 : 平日 8:30~17:00
 土曜日 (第 1・3 週) 8:30~12:00

時間外、休診日の FAX 送信は可能ですが、連携室からの連絡は翌日または、
休み明けになります。(休診日 ; 第 2、4、5 土曜日、日曜日、祝祭日)