

紹介受診申込票(兼診療情報提供書)

さくら総合病院 地域連携室行 FAX:(0587)95-8624

紹介医	紹介日	平成 年 月 日		
	医療機関名			
	担当医			
	TEL	() -	FAX	() -

患者情報	氏名	フリガナ	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生
	住所	〒 - 電話番号() -			
希望日	第①希望	月 日 ()	AM・PM (:)		
	第②希望	月 日 ()	AM・PM (:)		
診療科	診療科	循環器内科			
	担当医	医師			
<input type="checkbox"/> 担当医は病院の診療体制にゆだねる					

紹介目的	
病名	
現病歴、検査結果、現在の処方等	

地域連携室 TEL:(0587)95-0015(直通)

※患者さんの個人情報を適切に保護し、医療サービスに利用させていただきます。
 ※救急対応等でお待ちいただくことがあります。事前にご了承頂きますよう、よろしくお願い致します。
 その他、不明な点などがありましたら地域連携室 直通電話までご連絡ください。