

FAX 予約申込書

送信先

社会医療法人仁愛会 新潟中央病院 地域医療連携室

直通 FAX (025) 280-0283 代表 TEL (025) 285-8811 内線 231

◇受付時間◇ 月～金曜日 午前9時～午後19時00分

紹介元医療機関

TEL () -

FAX () -

医師名 _____

連絡ご担当名 _____

◆受診希望◆

希望診療科	脊椎外科・上肢関節外科・手の外科 足の外科・下肢関節外科・一般整形外科 形成外科・内科・歯科口腔外科	希望 医師	医師
傷病名(主訴)			
希望日	・早め希望 (医師指示 ・ 本人希望) ・希望日 () ・希望曜日 (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金) ・都合悪い日 ()		
MRI 可否のため チェック必須	心臓ペースメーカー (有/無)・ステント (有/無)・体内クリップ (有/無) (治療 病院 歳 部位) その他 ()		
依頼内容	手術 ・ 入院 ・ 精査	移動手段	歩行・車イス・ストレッチャー
添付資料	無 XP ・ MRI ・ CT ・その他 ()		

※紹介状 (情報提供書) もあわせてFAXお願いします。

◆患者様情報◆

フリガナ	性別	生年月日
氏名	男・女	大・昭・平・令
(旧姓)		年 月 日 (歳)
住所 〒	—	
電話番号 ()	携帯	— —
当院受診歴	あり (患者番号 —) ・ なし	