

FAX 予約申込書

送信先

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4時30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・膝股関節・一般整形・ 肩肘関節・足の外科・歯科口腔外科 手の外科・形成外科・内科	希望医師	医師
傷病名(主訴)			
希望日	至急 ・ 月 日() ・ その他 ()		
依頼内容	手術 ・ 入院 ・ 精査	自力移動	可能 ・ 困難 ・ 不可能
		来院手段	公共交通または自家用車 ・ 救急車 ・ 民間救急
添付資料	無 XP ・ MRI ・ CT ・ その他 ()		

※紹介状（情報提供書）を予約希望日前に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	明・大・昭・平
(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	

※保険証情報、検査データの事前FAXはご不要です。当日お持ち下さい。

※申込書受信後、速やかに外来受診確認書をご返信いたします。

※受付時間外や当院休診日に受信した申込書につきましては、翌日又は休み明けの午前9時～9時30分に紹介元様へ外来受診確認書をご返信いたします。