

平成 年 月 日

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・上肢関節外科・手の外科 足の外科・下肢関節外科・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 ・ 希望日 () ・ 希望曜日 (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金) ・ 都合悪い日 () ・ 備考 ()		
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	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	