

FAX 昭和病院への患者様紹介用紙

宛先 医療法人社団 愛生会 昭和病院
〒021-0885 岩手県一関市田村町6-3

FAX 0191-21-3108
TEL 0191-23-2020

申込み日 平成 年 月 日

紹介元医療機関の名称

電話番号

所在地

FAX番号

診療科

医師氏名

先生

1. 患者様情報

* 保険証やカルテの写しを添付いただいても構いません。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		年齢	歳
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
住所	電話番号		

2. 保険情報

保険者番号		記号・番号	
区分	本人 ・ 家族	保険者氏名	
受給者番号		公費負担医療	
負担割合	割		

3. 診療希望科

* 丸をして下さい

小児科	第一内科	第二内科 (ペインクリニック科)	消化器科
-----	------	---------------------	------

4. ご希望等がございましたら、ご自由にお書き下さい。

--

* お手数をおかけいたしますが、この用紙と診療情報提供書を併せて送信して下さい。
* 検査予約が必要な場合には、改めてこちらから検査日程等をFAXにてお知らせいたします。