

# <FAX> 昭和病院への患者様紹介用紙



お申込み日 年 月 日

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

紹介元医療機関の名称

電話番号

FAX番号

所在地

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			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	電話番号		

## 2. 保険情報

保険者番号		本人 ・ 家族
記号		番号

## 3. ご要望等がございましたら、ご自由にお書き下さい。

--

\* 診療情報提供書を併せてお送りください。