

西新潟中央病院
受診予約 F A X 申込書

年 月 日

依頼施設名 _____ TEL _____

医師氏名 _____ FAX _____

紹介情報

主傷病名	
診療希望科	科
受診希望医師	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 医師
紹介目的等 (簡単で結構です)	紹介状を併せてFAXしていただければ、ご記入は不要です。
受診希望日	<input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> 希望日 ① ②

フリガナ			大 ・ 昭 ・ 平
患者氏名		生年月日	年 月 日
			(歳)
住所	〒		
	TEL ()		
西新潟中央病院の受診歴		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	

- * 17時以降のFAX受付分は、後日ご返信いたします。
- * 指定された医師が不在の際は他の専門医が診察させて頂く場合がございます。
- * 当日の受診希望の場合は、受診予約申込書とともに診療情報提供書も一緒にFAXしてください。
担当医師に確認後、折返しご連絡いたします。

西新潟中央病院 地域医療連携室 (受付時間：8：30～17：00) TEL 025-267-4314 FAX 025-267-4315
--