

FAX用診療依頼書

年 月 日

紹介先医療機関名

医療法人社団三思会 東邦病院

_____科

_____先生

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師名 _____

※宛先の医師名を指定されない場合は科名のみをご記入下さい。

受診希望日 (無・有)	第1希望	月	日	傷病名及び 紹介目的	
	第2希望	月	日		

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日生
患者氏名					()歳		
住 所	〒 -						
	TEL ()						

※保険証・各受給者証のコピーと共にFAXして下さい。※保険証等がない場合は貴院カルテの表書きをFAXにてお送り下さい。

※大変お手数ですが、紹介状出来上がり次第FAXにて送っていただきますようお願い致します。

《東邦病院記入欄》

診療予約通知書

下記のとおり()様の予約をおとりいたしました。(患者様へお渡し下さい。)

受診予約日:	年	月	日 ()	時間	:
受診科:	科				
担当医師:					

〈患者様へお知らせ〉

持参していただく物 : 紹介状、保険証、予約通知書(本書)

受付 : 受付窓口(受診予定時間の少し前においでいただき本書をご提示下さい)

※受診時間に多少のずれが生ずる場合もございますのでご容赦下さい。

〈事前予約受付時間〉

平日9:00~18:15(歯科口腔外科 17:15まで) / 土曜日9:00~12:30(第1・3・5のみ)

〈休診日〉

土曜日(第1・3・5週は午前のみ診療)、日曜日、祝日、年末年始(12月30日~1月3日)

★ご都合により予約の日時にご来院できない場合は地域連携室までご連絡下さい。

医療法人社団三思会 東邦病院

〒379-2311 群馬県みどり市笠懸町阿左美1155 TEL:0277(76)6311(病院代表)

地域連携室(直通) TEL: **0277(76)1027** FAX : **0277(76)1028**

ホームページ <http://www.toho-hp.jp/>