

平成 年 月 日

診療申込書(紹介患者用)

総合花巻病院
地域医療連携室 宛

フリガナ			性別	男・女
患者氏名	様			
住所				
電話番号	()	携帯	()	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 歳

受診希望日	なし・あり	年	月	日 ()	連絡	済・未
受診希望科	科 希望医師名					
傷病名						
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他()					
	<input type="checkbox"/> 回復期リハ病棟入院 ※(発症日と対象疾患をご記入下さい)					
備考						

医療機関名						
医師氏名						
住所						
電話番号	()	FAX	()			

確認書送付

保険証のコピー又は、貴院のカルテの表紙のコピーを一緒にFAX願います。

総合花巻病院 地域医療連携室

FAX 0198-23-6333

TEL 0198-23-3533