

# 予約申込書(FAX 患者紹介)

## FAX0186-30-0361

紹介先 かつの厚生病院 ( ) 科 ( ) 先生

紹介元	医療機関名		医師名		
			電話		
			FAX		
患者情報	フリガナ		男 女	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	
	氏名				
	住所			TEL 自宅等	
				TEL 日中	当院から直接連絡をさせて頂く場合の番号
紹介内容	傷病名 又は 病状	診療情報提供書に記載がある場合はこの欄の記載は不要です。			
	紹介目的	診療情報提供書に記載がある場合はこの欄の記載は不要です。			
希望日	受診希望日	都合の悪い日・曜日がありましたら記載してください。			
	月 日	診療内容・予約枠の状況によりご希望にそえない場合はご了承願います。			

**FAX 申込時に【診療情報提供書】を添付して下さるようお願いいたします。**

保険情報	保険者番号		公費負担番号	
	記号/番号		受給者番号	
	区分/負担割合	本人・家族/	割	
	資格取得年月日			

かつの厚生病院 地域医療連携室

〒018-5201 秋田県鹿角市花輪字向畑 18 番地

TEL (直通) 0186-30-0360 FAX 0186-30-0361

※ 時間外、土・日・祝日のお申し込みは翌診療日以降の回答となります。

※ 夜間・休日で救急外来へご紹介頂く場合は下記宛てに宜しくお願い致します。

TEL (代表) 0186-23-2111 FAX 0186-23-3653