

# 予約申込書(FAX 患者紹介)

FAX0186-30-0361

紹介先 かづの厚生病院 ( ) 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		生年月日	
	氏名		男 女	明・大・昭・平 年 月 日
	住所			TEL 自宅等
				TEL 日中
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			

かづの厚生病院 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 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。