南魚沼市民病院用　紹介患者事前申込書（FAX用）

令和　　年　　月　　日

紹介元

南魚沼市民病院
　地域医療連携室　宛
TEL　025-788-1222(代表)
FAX　025-772-2603(直通)

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

部署・担当者等＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

FAX＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記の患者様の診療をお願いします

◯患者様情報

フリガナ		性　別	生　年　月　日
氏　名		□ 男性 □ 女性	T・S H・R　　年　　月　　日
住　所	〒 TEL　（　　）　　-		
患者様は待合室で　□待っている・□待っていない／□入院中（　　月　　日退院予定）			

◯希望受診科及び受診希望日

・第1希望　令和　　年　　月　　日（　　）

＿＿科

・第2希望　令和　　年　　月　　日（　　）

・第3希望　令和　　年　　月　　日（　　）

□いつでもよい　都合の悪い日（　　）

◯傷病名　（紹介状を併せてFAXしてください）

□紹介状参照 □その他	《備考》

医師の確認が必要な場合は、返信に時間がかかることがありますのでご了承ください。

※FAX 受付時間　8:30～17:00（土曜日は 12:00 まで）
※休診日　土曜日午後、日曜日、祝日、毎月第 3 月曜日、11 月 1 日(開院記念日)、年末年始
　(12 月 29 日～1 月 3 日)
※受付時間外は翌診療日の対応となります