

<FAX送信用>

令和 年 月 日

紹介患者用 外来診療申込書

雄勝中央病院

科

先生

紹介元医療機関名

紹介医師名

<患者情報>

ふりがな		男	生年月日	M	T	S	H	R
受診者名		女	年	月	日			
住所								
	TEL ()							
受診希望日時	令和	年	月	日()	午前	午後		

<通信欄>

患者様 ☐お待ちです

※当院受診歴 (有 ・ 無)

☐お待ちではありません

医師の診察、手術、不在等で対応が難しい場合には、お時間をいただきますので、予めご了承ください。

保険者番号						本人 ・ 家族
記号		番号		枝番		

JA秋田厚生連 雄勝中央病院 医療連携室
〒012-0055 秋田県湯沢市山田勇ヶ岡25
TEL 0183-73-5000(代表)内線6390
医療連携室専用FAX 0183-73-7005
(8:30~17:00)
救急外来専用FAX 0183-73-8160