

## 紹介予約診察申込書

(紹介元医 → 東海記念病院)

●医療機関様情報をご記入下さい

医療機関名	
TEL	
FAX	

●東海記念病院 受診希望科、希望医師名（あれば）ご記入下さい

受診希望科	科
医師名	希望あり（ 医師） ・ 担当医

●患者様情報をご記入下さい

当院 ID			
フリガナ			
患者氏名			
生年月日	M ・ T ・ S ・ H	年	月 日
性別	男 ・ 女		
希望受診日	<input type="checkbox"/> 希望日なし		
	<input type="checkbox"/> 希望日あり	第1希望日 [ 月 日 ]	
		第2希望日 [ 月 日 ]	

※この紹介予約診察申込書は

**診療情報提供書（医師からの紹介状）とともに**

FAXして下さい

※FAX 送信後、30 分経過しても当院より返信がない場合はご連絡下さい

東海記念病院 地域連携課

TEL 0568-88-0568 (代表)

FAX 0568-88-7041 (予約専用)