

FAX:045-761-4111 (予約センター宛) 24時間受信可能

【紹介患者 診療予約 FAX用】

令和 年 月 日

紹介先医療機関名

康心会汐見台病院

申込診療科 科 先生 (医師希望があればご記入ください)

受診希望日	●第1希望	年	月	日()	時頃
	●第2希望	年	月	日()	時頃

汐見台病院から 【 患者様へご連絡 紹介元医療機関へご連絡 】

患者氏名:	様 (男・女)
生年月日:	年 月 日(歳)
患者住所:	
連絡先:	
当院受診歴:	(有 ・ 無 ・ 不詳)

紹介元医療機関の名称・所在地
医師名
医師名
TEL :
FAX :

- ・ 患者様の病名・検査所見などは下記欄にご記入下さい。
- ・ 15時以降のFAXは翌日以降のご連絡となります。
- ・ 救急患者、及び当日の受診依頼の場合には、直接お電話でご連絡下さい。
(TEL: 045-761-3581(代) 地域連携まで)
- ・ 紹介状は患者様へお渡し下さい。

【傷病名】

当院対応診療科

内科・循環器内科・呼吸器内科・腎臓内科・脳神経内科・糖尿病内科・消化器内科・血液内科
外科・乳腺外科
整形外科・泌尿器科・産婦人科・小児科・眼科・皮膚科・耳鼻咽喉科

《この申込用紙は、医療機関からのみご利用可能です。》