地域連携室　宛（FAX　0858-24-5531）

清水病院紹介患者連絡表（FAX）

依頼日　　年　　月　　日

受診診療科		科　　医師		
受診希望日		第１希望　　年　　月　　日（　　）第２希望　　年　　月　　日（　　） 第３希望　　年　　月　　日（　　）		
患者情報	フリガナ			
	氏　　名			
	生年月日	大・昭 平・令　　年　　月　　日　生（　　歳）　（男・女）		
	住　　所			
	電話番号	①　携帯（　　）②自宅（　　）		
健康保険証	*予め診療録（電子カルテ）を作成いたしますので、保険証のコピーをFAX頂くか下記にご記入願います			
	保険者番号		本人／家族	本　人　・　家　族
	記号		公費番号	
	番号		受給者番号	

医療機関名：

紹介医：　　**科**　　**先生**

電話番号：（　　）　－　　**FAX番号**：（　　）　－

◆予約受付について

・予約受付は前日までに、受付時間は月曜日～金曜日の午前８時３０分～午後５時３０分です。

・「診療情報提供書(控)」の添付もお願いいたします。お電話にてご返事申し上げます。

・FAXの確認に時間を要す場合がありますので、お急ぎの際はFAXと同時にお電話ください。

◆注意点

・緊急時は直接診療科へご連絡ください。

・ＦＡＸは２４時間稼動しておりますが、午後５時３０分以降の着信分は翌日の対応（翌日が休診日の場合は、次の診察日）とさせていただきます。

※清水病院地域連携室直通
外来受診予約　（0858）24-5023　　FAX：(0858) 24-5531
入院・各種相談（0858）23-2513