

医療法人厚生会 虹が丘病院
ご紹介患者 診療予約申込書

医療法人厚生会 虹が丘病院 行

*FAX受付時間 平日 8:30~16:30
土曜 8:30~12:00
(第2・第4土曜日 休診)

*上記受付時間外で緊急の場合は直接お電話にて
ご連絡ください。(電話番号 095-856-1112)

医療機関名
所在地
電話番号
FAX番号
医師名

ご紹介患者	ふりがな				性別	男・女
	氏名					
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	
	住所	〒 -			電話番号	

ご紹介目的 傷病名等	*診療情報提供書(紹介状)を添付される場合はご記入不要です。
受診希望診療科	*ご希望の診療科に☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 血管外科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> その他 ()
希望担当医	なし・あり… 医師名: _____
受診希望日	なし・あり… 第1希望日: _____ 月 _____ 日 () 第2希望日: _____ 月 _____ 日 () ※ご希望の時間帯等があればご記入ください。()

FAX番号

095-856-1102

地域医療連携室(直通) 電話 095-808-0193