

## 診療申込書 (FAX送信票)

菅原病院 外来  
地域移行推進室 宛

FAX : 0184-22-7770

TEL : 0184-22-1628 (直通)

## 【紹介元医療機関】

医療機関名		担当医	
住所	〒		
電話	( )	FAX	( )

## 【診療依頼内容】

一 般	
傷病名 主症状	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察希望 <input type="checkbox"/> 入院希望
希望日	年 月 日( )
備考	

※ 予約日の前日までに「診療情報提供書」をFAXしてください。

## 【患者様情報】

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大・昭・平 年 月 日( 歳)
住所 電話番号	〒 ( )		
保険者番号		公費1	
記号・番号			
資格取得	年 月 日	公費2	本人・家族
高齢	1割・2割・3割		

※ 保険証の写しをFAXしていただいても結構です。