

香川県立白鳥病院 診療依頼FAX用紙<地域連携>

(FAX番号 0879-25-4323)

年 月 日

香川県立白鳥病院 宛

医療機関名	
医 師 名	
電 話 番 号	
F A X 番 号	

フリガナ 患者氏名		性 別	生年月日	明・大	年 月 日
		男・女	年 齡	昭・平	
希望医師名	科	医師	医師への連絡	済・無	
受診希望科	内 科 循環器内科 不整脈科 呼吸器内科 消化器内科 腎臓内科 神経内科 外 科 呼吸器外科 整形外科 消化器外科 心臓血管外科 脳神経外科 乳腺・甲状腺外科 眼 科 小児科 泌尿器科 物忘れ外来・認知症(先に内科受診必要)				
受診希望日	第1希望	年 月 日	(午前・午後)	当院の	有・無・不明
	第2希望	年 月 日	(午前・午後)	受診歴	
受診依頼内容・病名等 (紹介状を添付されるか、予約完了後に必ず送信ください。)					

【 保険情報 】 ご記入ください。

保 険	保険者 番号							本 人	家 族	負担割合 割	開始日	年 月 日
	記号						番 号				終了日	年 月 日

【 FAXの受付時間 】

病院診療日の平日 8:30 ~ 16:00 ※土・日曜、祝祭日・年末年始は除く

《 緊急時のご紹介は各診療科の医師に直接お電話にて連絡をお願いいたします 》

- ・受付時間内にお申し込み頂いた場合は、15分以内に予約用紙を返信いたします。
- ・受付時間外にお申し込み頂いた場合は、翌日の10時までには予約用紙を返信いたします。
- ・当日の診療予約はお取りすることができません。

各診療科の受付時間内に患者様にご来院いただきますようお願いいたします。

お問合せ先 : 香川県立白鳥病院 地域医療連携係 電話 0879-25-4321(直通)

FAX 0879-25-4323(直通)