

独立行政法人 地域医療機能推進機構

# 桜ヶ丘病院

## 診察予約申込書

電話・FAX 054-353-5319 病診連携室直通

ご紹介元機関	医療機関の名称	
	所在地	
	医師ご氏名	
	ご連絡先	

ご紹介患者様	フリガナ		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平
	ご氏名		様	別		
	ご住所 ご連絡先	郵便番号		電話番号		
	保 険 情 報	保険者番号				被保険者との続柄
	記号・番号				本人・家族	
	公費負担者番号				当院受診歴	
	公費受給者番号				あり・なし	

診 察	紹介科名		科
	希望医師名	なし・あり	( 医師 )
	受診希望日	月 日	曜日

紹介目的 連絡事項	1.診療依頼    2.入院治療    3.摂食障害の評価(.胃ろう造設)    4.胃ろう交換
	5.その他( )

送信日時 月 日( 時 分)

必要事項ご記入の上、桜ヶ丘病院 病診連携室あてに送信してください。  
申込受付後、病診連携室より、『受診予約票』を返信させていただきます。

