

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 054-353-5314・FAX 054-353-5319 地域医療連携室直通

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				性別	男・女	生年月日	
	ご住所 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 地域医療連携室あてに送信してください。  
申込受付後、地域医療連携室より、『受診予約票』を返信させていただきます。