

独立行政法人 地域医療機能推進機構

清水さくら病院

診察予約申込書

電話 054-340-8303 ・ FAX 054-340-8273 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、清水さくら病院 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。