

紹介患者受診申込書

社会医療法人友愛会

申込日 年 月 日

豊見城中央病院

FAX 098-851-9437
(地域連携室直通)

紹介元
医療機関名

医師氏名

申込担当者
TEL

FAX

診療科名 科

医師名 先生

受診希望日(☑をつけてください)

※下記のいずれかにチェックください

至急

1~2週間以内の受診調整依頼(Dr指示)

月 日 頃(患者希望日)

FAX後に紹介元より地域連携室へTELします

FAX後に地域連携室より紹介元へTEL希望します

FAX後に地域連携室より本人家族へTEL希望します

ふりがな		生年月日	年 月 日	男・女
患者氏名			()歳	
住所		連絡先	続柄 ()	
		その他の連絡先	続柄 ()	
友愛会受診歴 (○をつけてください)	有 (豊見城中央病院 ・ 友愛医療センター ・ 他) ・ 無 ・ 不明			
紹介目的 (診療情報提供書に記載のない情報等) 添付文書等有・無(事前FAXお願いします。)				

患者さんへ

※ご予約でも当日の診療状況に応じて待ち時間が発生する場合がございます。ご了承ください。

※事前に検査等のご案内をする場合がございます。
可能な限り連絡先は2ヶ所記載いただきますようお願い申し上げます。

医療機関の皆様へ

※ご希望日に添えない場合がございます

※お手数ですが、FAX送信後地域連携室へFAX到着確認の連絡をお願いいたします

お問い合わせ先

社会医療法人友愛会 豊見城中央病院 地域連携室
TEL 098-851-0501(代表)
TEL 098-851-3605(地域連携室直通)
FAX 098-851-9437(地域連携室直通)