

[FAX送信用]

紹介元医療機関用

令和 年 月 日

紹介患者用 診療申込書

湖東厚生病院 科 先生

紹介元医療機関の所在地 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_

紹介医師名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) FAX ( )

保険番号		本人・家族			
記号・番号		老人(高齢受給者)		福等	
公費負担者番号		公費受給者番号			

※保険証の写し又はカルテの保険欄の写しを添付いただいても構いません。

フリガナ			生年月日	明大昭平令
受診者名	様			年 月 日 歳
住所	電話 ( )			職業
当院受診歴		年 月 頃		科で受診

受診希望日 令和 年 月 日 ( )

傷病名又は主症状
紹介目的

湖東厚生病院 地域医療連携室

〒018-1605

秋田県南秋田郡八郎潟町川崎字貝保98番1

TEL:018-853-5130(地域医療連携室直通)

TEL:018-875-2100(病院代表電話)

FAX:018-875-5421(地域医療連携室FAX)