

診療申込書（ご紹介）

平成 年 月 日

紹介先医療機関

公益財団法人 会田病院

科 先生

受診予定日： 月 日 ()

AM・PM 時頃

会田病院受診歴： 有・無・不明

紹介元医療機関 様

所在地

貴院名

担当科 科

医師名 先生

電話 - -

へ会田病院 診療申込書 FAX用

患者氏名：	ふりがな：	
患者住所：		
電話番号： ()	性別： 男・女	
生年月日： 明・大・昭・平 年 月 日(歳)		
保険者番号	記号・番号	本人・家族
公費① 公費番号	受給者番号	
公費② 公費番号	受給者番号	
資格取得日 年 月 日	被保険者名	

※事務の方へ：お手数ですが保険者情報の記載をお願いします。

備考

公益財団法人会田病院 地域連携室

申込FAX：0248-42-2276

T E L：0248-42-2176

申込時間：平日 8：30～17：00 土曜 8：30～12：30

申込時間外のお申し込みについて

申込時間外については、地域連携室担当職員が不在のため、一度代表電話へお電話ください。

緊急を要する場合、医師へおつなぎします。

代表電話：0248-42-2121 時間外FAX：0248-42-5401