

紹介患者診療申込票

FAX 084-929-1140

年 月 日

福山循環器病院
地域医療連携室 行

紹介元医療機関名

医師名

TEL

FAX

※FAX番号は必ずご記入下さい

ふりがな	性別	生年月日	明治・大正・昭和・平成
患者氏名	男・女		年 月 日(歳)
住所	〒		
連絡先	自宅()-()-() 携帯TEL()-()-()		

希望受診日

第一希望 年 月 日()

第二希望 年 月 日()

第三希望 年 月 日()

いつでもかまわない

☆診療情報提供書ができましたら、FAXをお願いします。

心電図検査を施行されていまして、心電図もFAXをお願いします。

この予約票は翌日以降の予約希望の場合使用してください。

紹介目的	
その他・特記事項	
※当院の受診歴 (有・無・不明)	
※重複登録防止のため、旧姓確認をしております	旧姓()

※保険情報(事前のカルテ作成のため、可能な範囲で結構です)のでご連絡ください

保険者番号	記号・番号	有効期限	負担割合	割
被保険者名	続柄	本人・家族	公費負担者番号	受給者番号

☆患者様のカルテ作成・診療準備に必要な為、太枠内は必ずご記入下さい

【お問い合わせ】	
福山循環器病院	TEL 084-931-1112
地域医療連携室	FAX 084-929-1140
受付時間	月曜日～金曜日 8:30～17:00
(上記時間を過ぎましたら、翌診療日の対応になりますのでご了承下さい)	
休診日	土曜日・日曜日・祝日・盆休(8/13・14・15) 年末年始(12/30・31・1/1・2・3)