南魚沼市立ゆきぐに大和病院　　紹介患者事前申込書　（ＦＡＸ用）

令和　　年　　月　　日

紹介元

医 療 機 関 名

部署・担当者等

ＴＥＬ

ＦＡＸ

南魚沼市立ゆきぐに大和病院
地域医療連携室　宛
ＴＥＬ　025-777-2111
ＦＡＸ　025-777-2879

下記の患者様の診療をお願いします。

〇患者様情報

フリガナ		性別	生　年　月　日
氏　名		男 ・ 女	Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　年　月　日
住　所	〒 ＴＥＬ（　　）　　－		

〇希望受診科及び受診希望日

科　　令和　　年　　月　　日　　時

〇傷病名　　紹介状を併せてＦＡＸしてください

※FAX受付時間　8:30～17:00　（月曜日・土曜日は12:30まで）
※休診日　毎週月曜日・土曜日午後、日曜日、祝日、年末年始（12月29日～1月3日）