

大和地域包括医療センター
ゆきぐに大和診療所

紹介患者事前申込書 (FAX用)

大和地域包括医療センター
ゆきぐに大和診療所
地域医療連携室 行
TEL 025-777-2111
FAX 025-777-2879

令和 年 月 日
紹介元
医療機関名
部署・担当者等
TEL () -
FAX () -

下記の患者様の診療をお願いします。

○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 () -		

○希望受診科及び受診希望日

科 令和 年 月 日 時

○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 (土曜日は12:00まで)

※休診日 土曜日午後・毎月第3月曜日・日曜日・祝日・年末年始(12月29日~1月3日)