

フリーFAX 0120-551-920

【 紹介患者様用FAX 】

田川市立病院 行

平成 年 月 日

受診予定日			
受診科	診療科	科	
	担当医		
フリガナ			
患者様のお名前			
性別	男 ・ 女		
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月 日 ()歳
現住所			
電話番号			
受診歴	有 ・ 無		
紹介目的			

【お願い】

カルテを事前に準備いたしますので、お手数ですがご記入下さい。
受診当日は保険証と紹介状(診療情報提供書)を必ず持参されますよう、患者様にはご説明下さい。
紹介日は別紙診療医師案内を御参照下さい。ただし、日程が合わない場合は患者様に直接連絡して
受診日を調整させていただきます。

ご紹介ありがとうございました。

※ 診療受診時間 ※

8:30 ～ 11:00 (緊急時は17:00まで可)

【 FAXによる予約受付時間 】

(時間外、日祭日を除きます。)

平日 午前 8時45分 ～ 午後 4時

土曜日 午前 8時45分 ～ 午前11時

ご紹介元医療機関

所在地

名称

電話番号

医師氏名

田川市立病院 医療連携室

フリーダイヤル : 0120-100-446

フリーFAX : 0120-551-920

当院記入欄 ・ ID番号