

フリーFAX 0120-551-920

【 紹介患者様用FAX 】

田川市立病院 行

令和 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	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 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

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 医療支援センター
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

--