

東松山市立市民病院 F A X 紹介送付用紙

F A X 番号 0493-24-7104

お手数ですが紹介状と一緒に当用紙をF A X願います

御希望の診療科に○をつけて下さい

内科	外科	整形外科	脳外科	泌尿器科	眼科	耳鼻科

_____ 先生宛
(医師の指定がございましたらご記入下さい)

紹介元施設名：

住 所：

電話番号：

名 前：

_____ 先生
(住所・電話番号など記載のある医療機関印で結構です)

☆ F A X 紹介していただいた患者さんに関して事前予約が可能です ☆
地域医療連携室より患者さんに予約日調整の為電話連絡させていただきます

患者さん電話番号 _____ (紹介状に表記ない場合のみ記載)

- F A X 紹介していただいた医療機関には、後日地域医療連携室より診療予約日を記載したF A X送信書をご返信させていただきます。

お問い合わせ先：東松山市立市民病院
地域医療連携室

0493-24-6111 (代表) 0493-24-7104 (FAX)