FAX:045-761-4111 （予約センター宛） 24時間受信可能

【紹介患者 診療予約 FAX用】

令和　　年　　月　　日

紹介先医療機関名

康心会汐見台病院

申込診療科　　科　　医師（医師希望があればご記入ください）

受診希望日	●第1希望	年	月	日（　）	時頃
	●第2希望	年	月	日（　）	時頃

汐見台病院から 【 □ 患者様へご連絡　　□ 紹介元医療機関へご連絡 】

患者氏名:	様 （男・女）
生年月日:	年　月　日（　歳）
患者住所:	
連絡先:	
当院受診歴:	（ 有 ・ 無 ・ 不詳 ）

紹介元医療機関の名称・所在地
病院名
医師名
TEL :
FAX :

- 患者様の病名・検査所見などは下記欄にご記入下さい。
- 15時以降のFAXは翌日以降のご連絡となります。
- 救急患者、及び当日の受診依頼の場合には、直接お電話でご連絡下さい。
  （TEL: 045-761-3515 地域連携まで）
- 紹介状は患者様へお渡し下さい。

【傷病名】

当院対応診療科

内科・循環器内科・呼吸器内科・腎臓内科・脳神経内科・糖尿病内科・消化器内科・血液内科

整形外科・外科・乳腺外科・泌尿器科・産婦人科・小児科・眼科・皮膚科

《この申込用紙は、医療機関からのみご利用可能です。》