

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 先生 (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)   | 紹介元医療機関の名称・所在地 |
| 生年月日: 年 月 日( 歳) | 医師名            |
| 患者住所:           | 医師名            |
| 連絡先:            | TEL :          |
| 当院受診歴: (有・無・不詳) | 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: 045-761-3581(代) 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  
外科・乳腺外科  
整形外科・泌尿器科・産婦人科・小児科・眼科・皮膚科・耳鼻咽喉科

《この申込用紙は、医療機関からのみご利用可能です。》