

新潟県厚生連 新潟医療センター 受診依頼票

送信先: 地域医療連携室 直通 TEL 025-232-1216 FAX 025-232-1246

ご依頼元	医療機関名				科
	医師名		ご連絡担当者		様
	電話		FAX		

患者様情報	フリガナ		年齢		性別
	氏名			歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	住所	〒 電話番号 ()			

新潟医療センター受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
-------------	---

受診希望科	受診希望医師	受診希望日
科	医師	月 日 ()

《紹介の目的》

《詳細な情報は診療情報提供書の添付をお願いいたします》

※時間外の本FAX受付分は後日返信いたします

※当日の外来受診ご希望の場合は、担当医師に確認後、折返しご連絡いたします

※緊急性のある場合は、電話でご相談ください

新潟医療センター 地域医療連携室 【FAX受付時間: 8:30~16:30 (月~金曜日: 祝日を除く)】
TEL 025-232-1216 FAX 025-232-1246

発信日 年 月 日

(R4.9)