

公立世羅中央病院 地域医療連携室 行  
(FAX : 0847-22-2620)

## 紹介患者予約受付FAX送信用紙

### 紹介元医療機関

所在地	
名称	
紹介医師名	
電話	
F A X	

### 紹介患者様の情報及び希望される診療科と紹介目的

(ふりがな)	
患者氏名	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生
患者住所	〒 _____
電話番号	( ) -

受診科	
医師	
希望年月日	年 月 日 ( )
紹介目的	
症状等	
連絡事項 その他	入院中 ・ 外来