

津山第一病院 地域医療連携室 紹介申込書

年 月 日

医療機関名 診療科	電話
医師名	
所在地	FAX

患者	フリガナ	M・T・S・H	性別
	氏名	年 月 日(歳)	男・女
	住所	〒 TEL ()	当院の受診歴 有・無

保 険	記号	番号	本・家
	保険者番号	有効期限	
	公費負担者番号	有効期間	~
	公費受給者番号		

受診希望科	胃カメラ	
	□ 経口 □ 経鼻	
受診希望日 可能であれば希望日を 記載ください。	月 日 曜日	受診希望医師
	月 日 曜日	□ なし
	月 日 曜日	□ あり () 医師

傷病名 (主訴または病名)	
紹介目的	
傷病詳記	※診療情報提供書を同時にFAXいただけない場合はこちらをご記入ください。

【来院方法】 自家用車 救急車 その他()

【予約受付時間】 平日(月~金)8:30~16:30

(受付時間外、及び土・日・祝のお申込みにつきましては、翌平日に回答いたします。)

注意事項	本書送信先
※診療情報提供書を可能な限り合わせて送信ください。 ※当日のご予約は受付けておりません。 ※入院をご希望の場合は事前にご相談ください。	FAX:0868-28-2280 津山第一病院 地域医療連携室 〒708-0871 岡山県津山市中島438 TEL 0868-28-2001(地域医療連携室 直通)