FAX 受診申込書

社会医療法人孝仁会
釧路孝仁会記念病院
地域連携室　FAX：0154-39-0660

＜ご紹介元医療機関様＞
所　在　地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
主　治　医 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
担　当　者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
TEL：＿＿＿＿＿＿　FAX：＿＿＿＿＿＿

＜申込年月日＞
平成　　年　　月　　日

希望診療科	脳神経外科　・　心臓血管外科　・　循環器内科				
傷病名・症状					
発症日	平成　　年　　月　　日			入院外来区分	入院　・　外来
紹介理由	1.検査・診断　　2.診療　　3.その他（　　）				
受診希望日	第 1 希望	月　　日	第 2 希望	月　　日	
ペースメーカー	有　・　無	非磁性クリップ	有　・　無	磁性クリップ	有　・　無

フリガナ			
患者氏名	様		男　・　女
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日		歳
住　所	〒		
電　話	（　　）　　―		
保険者番号			被保険者との続柄
記号番号			本人　・　家族
公費負担番号		公費負担番号	
受給者番号		受給者番号	

＜受診 FAX 受付案内＞
釧路孝仁会記念病院　FAX：0154-39-0660　TEL：0154-39-1331
※受付時間　　月曜～金曜日（土日祝祭日除く）　9：00～16：00
受付時間以外の申込につきましては、翌日もしくは休み明けの対応となります.

※予約日が決まり次第「診療受付確認票」を FAX 致します。「予約票（患者様用）」を患者様にお渡し下さい。なお診療体制および予約状況によりご希望に添えない場合があります。
※メディネットたんちょうをご利用の場合でも診療情報提供書、検査データおよび画像は郵送もしくはご持参いただくようお願いいたします。