

茨城県西部メディカルセンター 地域医療連携室 診療予約申込書

紹介元医療機関

医療機関名			
所在地			
電話番号		FAX 番号	
医師名			

紹介患者情報

(ふりがな) 氏名				性別(男・女)
生年月日	(M・T・S・H 年 月 日)		歳	
住 所	〒			
電話番号	(自宅) (携帯)			
当院受診歴の有無	不 明 ・ 有 ・ 無			
保険情報	記号	番号	公費負担番号	
	保険者番号		受給者番号	
	資格取得	有効期限	有効年月日	
	被保険者名			
希望受診科				
希望医師(ある場合)				

受診希望日

希望なし 特にご都合が悪い日などがありましたら記入願います。

()

希望あり 第1希望 月 日 第2希望 月 日

診療情報提供書と一緒にファクス送信して下さい。

FAX 0296-24-9115