

申込年月日：令和 年 月 日

紹介連絡・診察予約申込書

JA岐阜厚生連 東濃中部医療センター 東濃厚生病院
地域医療総合連携室 行



紹介元医療機関名 _____	
電話 _____ () _____	FAX _____ () _____
担当診療科 _____	科 医師名 _____

フリガナ		性別	生年月日	大 昭 平 昭 令	年 月 日
氏名	(旧姓 :)	男	電話番号	自 宅	()
		女		携 帯	()
住所	〒 _____				

診断名	
-----	--

診療情報提供書を添えてFAXしてください

希望診療科	科	希望医	医師
-------	---	-----	----

神経内科・小児科・脳神経外科・眼科の病診連携予約は出来ません。

受診希望日	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>
-------	-------------------------------------------------------

① 月 日 ()	② 月 日 ()
-----------	-----------

その他希望

※本書をFAXにて送信してください。
予約受付完了後「診察予約票」をFAXにて送付いたします。患者様にお渡しください。

※内分泌内科の診察予約は担当科に確認後の返信となりますので、翌日以降の返事になる場合があります。

※当日の受診時には保険証・福祉医療受給者証・紹介状を必ずお持ちください。

TEL 0572-68-4111(代)

FAX 0572-68-1593