



上天草総合病院 受診申込書 (FAX用)

【FAX (直通) 0969-62-1547】

【診療科】 ご希望する診療科と医師名を記入して下さい。

	科	医師
来院希望日時	年 月 日 () /	緊急

【患者様情報】

フリガナ		性 別	生 年 月 日
患者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 歳
住 所		電 話	() -

【連絡事項】 紹介状を併せてFAXしていただければ、枠内の記載は不要です。

[紹介目的] (必須)

[主訴及び傷病名]

[紹介元医療機関名]

[医師名]

TEL : _____ FAX : _____

※下記は、事前のカルテ作成のために使いますので、支障が無ければ御記入をお願いします。

保険証記号番号		有 効 期 間	平 . . ~ 平 . .
保 険 者 番 号		医療証負担者番号	
被 保 険 者 区 分	本人 ・ 家族	医療証受給者番号	
資 格 所 得 日	S・H 年 月 日	負 担 割 合	

※労災・交通事故等の場合はその旨もお知らせ下さい。

開放型病床のご利用について

- * 開放型病床を利用される場合は、当院地域医療連携室までご連絡下さい。
- * 開放型病床利用の場合、登録医の方は、副主治医として診療に参加していただきます。

外来受付時間 : 午前8:30~11:30 (詳細は診療案内をご覧ください)
 休診日 : 土曜日、日曜日、祝日、年末年始
 FAX受付時間 : 午前8:30~17:00
 支援課受付時間 : 午前8:30~17:00

上天草総合病院 地域医療支援課
 TEL・FAX : (0969)62-1547(直通)
 TEL : (0969)62-1122(代表)
 FAX : (0969)62-1546(代表)