

FAX 受診申込書 下記の診療体制をご確認頂いてからお申し込み下さい。

社会医療法人孝仁会 星が浦病院
病診連携室 FAX : 0154-54-0860

<ご紹介元医療機関様> 所在地 _____ 医療機関名 _____ 主治医 _____ 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			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>

星が浦病院 FAX:0154-54-0860 (直通) TEL:0154-54-2500 (代表)

※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。

※診療体制 病診連携用の診療体制です。希望日は必ず診療科の曜日に併せてお申し込み下さい。

	月	火	水	木	金
診療科	脳神経外科 循環器内科 心臓血管外科	脳神経外科 循環器内科	脳神経外科 循環器内科	脳神経外科 循環器内科	脳神経外科

※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。