

# F A X 診療申込書

記載日： 年 月 日

埼玉県済生会 加須病院

科 先生 宛

〒347-0101 埼玉県加須市上高柳 1680

TEL：0480-70-0888(代表)

来院希望日

希望日 月 日 ( )

希望なし 後日患者様より連絡

埼玉県済生会加須病院 受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明)

## 【紹介元医療機関】

名称

所在地

TEL：

診療科 \_\_\_\_\_ 科

医師名 \_\_\_\_\_ ⑩

|                           |             |                                  |
|---------------------------|-------------|----------------------------------|
| フリカ`ナ<br>患者氏名             | (性別)<br>男・女 | 生年月日 (大正・昭和・平成・令和)<br>年 月 日 ( 歳) |
| 住所 (〒 - )<br><br>TEL： - - |             |                                  |
| 紹介目的 (紹介後の方針に関する希望を含む)    |             |                                  |
| 主訴 及び 傷病名                 |             |                                  |

埼玉県済生会加須病院 入退院支援センター

地域連携課

**FAX 送信先：0480-53-7262**

T E L：0480-53-7024 (直通)

入退院支援センター 地域連携課用