

紹介患者様専用 診療情報提供書

専用FAX:0791-45-1122

赤穂中央病院
赤穂はくほう会病院 地域連携室

赤穂はくほう会病院

歯科 _____ 先生

紹介元医療機関名

受診日時

第1希望 _____ 月 _____ 日 (_____) AM・PM

第2希望 _____ 月 _____ 日 (_____) AM・PM

第3希望 _____ 月 _____ 日 (_____) AM・PM

所在地

医師名

TEL (_____ - _____)

FAX (_____ - _____)

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)

主訴または病名

医療関係者各位

- 本様式受付後、原則15分程度で予約確定のご連絡をさせていただきます。
- 当日は紹介状をご持参ください。
- 受付は平日9:00～18:00 土9:00～13:00です。
- 本様式は当院のホームページ各科紹介 歯科口腔外科からもダウンロードできます。

問い合わせ

赤穂中央病院 赤穂はくほう会病院
地域連携室 0791-45-7296(直通)