

# フ ァ ク シ ミ リ 診 療 申 込 書

F A X送信先 : 0 4 8 0 - 5 3 - 0 9 0 8 ( 地域連携室 )

平成 年 月 日

埼玉県済生会栗橋病院

紹介医療機関の所在地・名称

科 先生

〒349-1105

小右衛門字五反田714-6

TEL

TEL 0480 ( 52 ) 3611 ( 代 )

FAX

来院希望日 第1希望 月 日 ( 曜 ) 時頃

第2希望 月 日 ( 曜 ) 時頃

診療科名 科

希望なし

後日患者様より連絡

医師名

済生会栗橋病院受診歴 ( 有 無 不明 )

刀ガナ

患者氏名

男 女 明治 大正 昭和 平成  
年 月 日生 ( 歳 )

住所 〒 -

TEL -

紹介目的

主訴及び傷病名

Faxは24時間受付しております。

\*但し以下の時間以外の送信についての、受け入れの可否及び予約内容の返信は、翌業務時間内にご連絡いたします。

平日 8:00 ~ 17:00

休診日: 日曜・土曜・祝日・開院記念日(7月1日)・年末年始(12月29日~1月3日)

\*Fax当日にご来院される場合は、

地域連携室 ( 0480-53-0586 )、

地域連携室お取扱時間外の場合は、救急外来 ( 代表番号 0480-52-3611 ) までご連絡をお願いします。

済生会栗橋病院 地域連携室 担当: 横井・石野・沼田

TEL 0480 - 53 - 0586 ( 直通 )

0480 - 52 - 3611 ( 代表 ) 内線1071・1072・1073

Fax 0480 - 53 - 0908