

# 診察依頼票

増子記念病院 地域医療連携室 FAX(直通)052-451-1347

## 依頼票 (太枠内を必ずご記入ください)

※ご不明な点がございましたら、地域医療連携室までご連絡ください。  
※万一、予約確認票が届かない場合はお手数ですがご連絡ください。

医療機関名	TEL		FAX				
フリガナ		男・女	生年月日	大正	年	月	日
患者氏名				昭和			
住所	〒 -	連絡先	昼間	( )	-		
			夜間	( )	-		
診療科		希望Dr.					
紹介(受診)目的							
診察希望日	①	平成	年	月	日	( )	AM・PM :
	②	平成	年	月	日	( )	AM・PM :
	③	平成	年	月	日	( )	AM・PM :
電話にて仮予約済		平成	年	月	日	( )	AM・PM :

## 予約確認票(貴院用)

貴院からご紹介いただきました患者様の予約日時が決まりましたので、ご連絡申し上げます。

### 予約日時

平成 年 月 日 ( ) AM・PM :

診療科

担当医師

※ 予約確認後、カルテ作成のため、保険証とお持ちの方は公費医療証を合わせてFAXしてください。  
※ 当日は、診療情報提供書を持参の上、予約時間の20分前までに受付をしてください。

増子記念病院 地域医療連携室

TEL 052-451-1305 FAX 052-451-1347

(FAXは24時間受付けておりますが、17時以降・休日についてはお返事が翌診療日になる場合がありますので、ご了承ください。)