

FAX用診療申込書

紹介先 公立館林厚生病院

FAX送信先（地域連携室）

0276-75-8635

科 _____ 先生 _____

お手数ではございますが、予約日の前日までに
紹介状のFAX送信をお願いいたします。

紹介元
所在地
医療機関名
TEL
FAX
医師氏名

FAX受付時間

8:30~12:00、13:00~17:00（土日・祝祭日・年末年始を除く）

受付時間外に受信した診療申込書は
翌診療日の対応とさせていただきます。

連絡担当者名: _____

公立館林厚生病院ID 【 _____ 】

公立館林厚生病院受診歴（有・無） _____

年 月 日

◎受診希望日：第1希望 月 日（ ）、第2希望 月 日（ ）

診 察 予 約	紹介目的	診察 ・ 検査のみ (読影希望)	検査のみ(読影希望)の場合も、各診療科で予約をお取りいたします。 検査実施は後日になります。
	傷病名	主訴	
	検査方法・出力方法に○をつけてください CT(単純) ・ CT(造影) MR(単純) ・ MR(造影)	CD-R ・ フィルム	*造影の場合 (紹介状に添付してください) クレアチニン mg/dl eGFR ml/min/1.73m ²

患 者 情 報	フリガナ	生年月日
	患者氏名	明・大・昭・平 (歳)
	(氏名変更がある方・旧姓: _____)	年 月 日
住所	〒(_____)	男 ・ 女
		TEL _____

【予約通知書】

当日は予約時間の30分前に総合受付にお越しく下さい。

持参していただくもの： 紹介状・予約通知書(FAX用診療申込書)・健康保険証

診療予約日	年 月 日 ()	:
診療科	科	担当医師

*外来の診療状況により、お待たせすることがございますのでご了承ください。

*指定された医師が救急等で診察できない場合は、他の専門医が診察させて頂くことがあります。

【お問い合わせ】

邑楽館林医療企業団
TEL 0276-72-3140

公立館林厚生病院 地域連携室
FAX 0276-75-8635(直通)

2022.10