

診療依頼書・地域医療連携室行 FAX

年 月 日

紹介先医療機関

一般財団法人 太田総合病院
附属太田西ノ内病院

所在地

科

医療機関

先生

医師名

TEL・FAX

印

フリガナ 患者氏名	_____		
	(男・女) (明・大・昭・平・令)	年	月 日生 (才)
患者住所	_____		
職業	TEL _____		
傷病名	_____		
紹介目的	_____		

※受診日をお知らせいただきますと、事前にカルテ準備・受付・予約可能な科は、予約いたします。

①緊急の(有・無) ②入院の希望(有・無) ③太田西ノ内受診歴(有・無)

保険者番号	_____	公費負担番号	_____
記号・番号	_____	受給者番号	_____ 老高割
被保険者名	_____	続柄	_____
事業所名称	_____	資格取得月日	_____ 年 月 日
		受診予定日	_____ 月 日 AM・PM

通信欄

太田西ノ内病院 地域医療連携室

TEL 024-925-1188(代) (内線 35466)

FAX 024-925-8829

メールアドレス open-n@ohta-hp.or.jp