

# 紹介患者 F A X 予約診療申込書

(1枚目)  
(FAX送信用)

受診希望日 年 月 日 ( 曜日) 時 分

松戸市立総合医療センター  
地域連携室 行  
受診希望科

科

医師

(医師の指定がある場合はご記載ください。)

紹介元  
医療機関名  
住所 〒

T E L ( )  
F A X ( )

医師名

年 月 日

フリガナ		性別	大正・昭和・平成・令和
患者氏名	様	男・女	年 月 日生 ( )歳
住所	〒		
電話番号	自宅 ( )	携帯	( )
受診歴	(有・無)		

病名  
(主訴)

紹介目的

地域連携室

FAX 047-712-2573

TEL 047-712-0685(予約直通)

①本申込書(1枚目のみ)を地域連携室へFAXにてお送りください。

受付時間：午前8時30分～午後5時(平日)

②FAX到着後、当院から折り返しお電話でご連絡いたします。

(一部の診療科については、予約時に診療情報提供書のFAXをお願いしております。)

③患者さんには受診票(2枚目)と診療情報提供書をお渡しください。

※当日の予約はお受けできません。

救急患者や時間外の紹介につきましては、下記代表番号からお問い合わせください。

松戸市立総合医療センター TEL 047-712-2511(代表)