

紹介患者FAX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。)

	年 月 日
紹介元 医療機関名	
住所 〒	
TEL ()	
FAX ()	
医師名	_____

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。
(一部の診療料については、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)

*「紹介患者 FAX 予約診療申込書」は当院のホームページからダウンロードすることができます。

受 診 票

(2枚目)
(患者さん用)

予約日時 年 月 日 (曜日) 時 分

(診察状況により遅れる場合がございます。)

松戸市立総合医療センター

受診希望科

科

医師

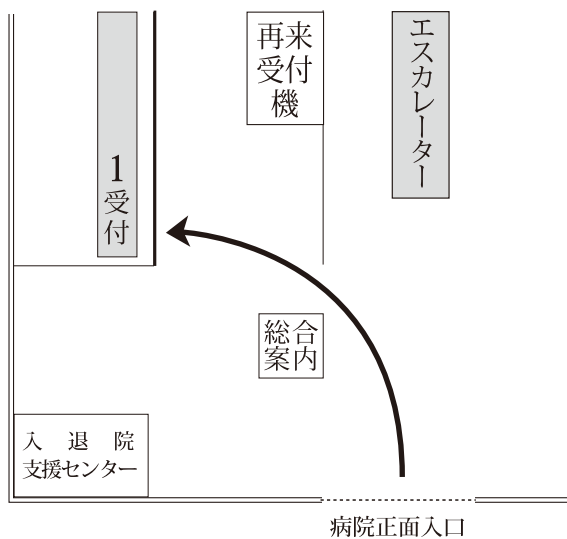
(医師の指定がある場合はご記載ください。)

年 月 日
紹介元 医療機関名
住所 〒
TEL ()
FAX ()
医師名

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)		

※ 受付場所： **1** 受付

案 内 図



※ お持ちいただくもの

- ① 受診票(本書)
- ② 保険証
- ③ 紹介状(診療情報提供書)
- ④ 診察券(受診歴のある方のみ)
- ⑤ お薬手帳(お持ちの方のみ)

※ 予約日時の変更や来院できなくなった場合は、下記にご連絡ください。

連絡先 松戸市立総合医療センター
地域連携室
午前8時30分～午後5時(平日)
TEL 047-712-0685(予約直通)

松戸市立総合医療センター

〒270-2296 千葉県松戸市千駄堀 993 番地の 1