

～外来診療申込は別用紙となります～

地域医療総合窓口 あったかサポートセンター
FAX:06-6443-3585 電話:06-6443-3470(直通)

年 月 日

診療科
科
先生

紹介元医療機関
名称
所在地

電話
FAX
医師名

Form with multiple sections: 受診歴, フリガナ, 氏名, 住所, 保険, 言語, 紹介目的, 傷病名, 現在の処方, MRI/CT 共通, MRIのみ, RI, 骨塩定量, 単純撮影, 生理検査, 胃内視鏡, 神経伝導検査, その他, 診療希望日.

(注) この情報は紹介患者さんの診療目的にのみ利用致します。
※受付時間 8:30~19:00(月~金) 9:30~12:30(土) 土曜日はFAX対応のみ
FAX は 24 時間稼働。但し、時間外・休日着分は翌日対応