

地方独立行政法人府中市病院機構
府中北市民病院 地域医療連携室 行
(FAX 0847-62-4707)

紹介患者予約FAX用紙

ふりがな	診療科
患者氏名 男 女	希望年月日
生年月日 明 大 昭 平 令	令和 年 月 日
年 月 日生	時間 時 分
患者住所 〒 ー	紹介目的
電話番号 ()	入院 精査 手術 その他
	* 主訴等医師への依頼事項を 簡単にご記入ください。 (紹介状を添付下さい)

令和 年 月 日
(紹介元医療機関の所在地・名称・紹介医師名)
(電話番号)
(FAX番号)