

# 松村総合病院医療連携室行きFAX

平成 年 月 日

紹介先医療機関

公益財団法人 磐城済世会  
松村総合病院

所在地

医療機関

医師名

㊞

科

T E L

F A X

フリガナ

患者氏名

(男・女) (明・大・昭・平) 年 月 日生 (才)

患者住所

TEL ( )

傷病名

紹介目的

CT検査希望 (有・無)

MRI検査希望 (有・無)

※当日検査できない場合がございますのでご了承ください。

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

①緊急(有・無) ②入院の希望(有・無) ③松村総合病院受診歴(有・無)

保険者番号		公費負担番号	
記号・番号		受給者番号	
被保険者名	続柄	資格取得月日	年 月 日
事業所名称		負担割合	(高 9) (高 8) (高 7)
保険者名称		受診希望日	年 月 日 AM ・ PM

通信欄

-----  
-----

※こちらはFAX専用用紙となっておりますので、お手数をお掛け致しますが、来院の際には診療情報提供書をお願い致します。

松村総合病院 医療連携室

TEL (0246) 22-9934 FAX (0246) 22-9951