

リハビリ外来受診申し込み書

FAX: 025-284-2080 新潟南病院 (代表)

送信先: 新潟南病院 地域医療連携室

【送信元】

病院・クリニック

科

医師名:

先生 (ご施設担当者:

様)

FAX番号:

担当医お電話番号

【主な傷病名】

- ・
- ・
- ・

【紹介目的】

【受診希望日】 いずれかの口に✓と、空欄の日付・曜日をご指定ください。

_____ 月 _____ 日以降の最短日

_____ 月 _____ 日以降最短の _____ 曜日

第一希望: _____ 月 _____ 日 第二希望: _____ 月 _____ 日

※受診前日までに紹介状が郵送可能な、余裕をもったスケジュールでお願いいたします。

【患者情報】

フリガナ ()

氏 名:

様

男 ・ 女

西暦/T/

生年月日: S/H/R

年

月

日(

歳)

住所: 〒

電話番号:

当院の受診歴: あり なし