

診療申込FAX用紙

年 月 日

医療法人 大分記念病院 宛

FAX 097-543-5235 (地域連携室直通)

受診希望 科 医師

担当医師への連絡 (済 ・ 未)

来院予定日 年 月 日 (曜日)

来院時間 時 分

来院方法 救急車 自家用車 その他()

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

紹介目的

外来受診 入院 検査 その他 ()

ふりがな	保険情報								
患者氏名	(男・女)			保険者番号					
生年月日	明 大 昭 平	年 月 日	(歳)	記号・番号					
住 所	〒			公費番号					
	—			受給者番号					
電話番号	自宅			被保険者名			続柄	本人・家族	
	携帯			保険負担割合	1割	2割	3割		

ご紹介ありがとうございます。

事前にカルテを準備させていただきます。

来院される際は、患者様に 保険証、各受給者証等、紹介状（診療情報提供書）をお持ちいただくようお願いください。

外来診療受付時間

月～金 午前8:30～12:30 午後13:30～17:30
(但し、第2木曜日の午後は 14:30～17:30)お問い合わせ先 大分記念病院 地域医療連携室
〒870-0854 大分市羽屋9組の5TEL 097-578-6687 (地域医療連携室直通)
FAX 097-543-5235 (地域医療連携室直通)