

紹介患者登録票(医療機関専用) FAX : 03-3949-3455

医療法人社団 育生會 山口病院 ソーシャルワーカー室 宛 平成 年 月 日

患者様データ	フリガナ					性別
	患者様氏名					男女
	生年月日	明 大 昭 平	年 月 日	年齢	才	
	郵便番号	-	患者様電話番号	-	-	
	患者様ご住所	(マンション・アパートの場合、建物名と部屋番号までお書きください)				

貴院データ	貴医療機関名			医師名	
	貴院電話番号	-	-	貴院 FAX 番号	-
	貴院ご住所				
	傷病名				
	紹介目的				

受診希望日時をご指定ください

第1希望	平成	年	月	日	時	分	30分単位でお願いします。 00分と30分いずれかの表記 となります。
第2希望	平成	年	月	日	時	分	
第3希望	平成	年	月	日	時	分	

- FAX 受信後、内容についてお問い合わせの電話をさせていただくことがあります。
- 予約がとれ次第「予約確認票」を送信しますので患者様に連絡をお願いします。
患者様は受診日に、必ず「予約確認票」「保険証」「診療情報提供書」(紹介状、X線フィルム等)を持って、予約時間の10分前には当院窓口にお越し願います。当日の予約はできません。
- 画像のデータディスク(CD/DVD・DICOM形式)がある場合、当院にお送りいただければ、スムーズな診療が可能です。ソーシャルワーカー室宛にご送付ください。
- セカンドオピニオン(診察・検査は行わず相談のみ)をご希望の場合は、まずはお電話ください。

山口病院ソーシャルワーカー室

FAX(代表) : 03-3949-3455

(業務時間 9時~18時)

TEL(代表) : 03-3915-5885

- 当院の診察時間は以下の通りです。 月曜日~金曜日 …… 9:00~13:00/14:00~18:00
第1・3・5土曜日 …… 9:00~13:00

※日曜、祭日および第2・4土曜は休診いたします。