

済生会松阪総合病院（診療・セカンドオピニオン）診療申込表《FAX票》

FAX番号 0598-51-2658 申込日 平成 年 月 日

※FAX票と診療情報提供書をFAXして下さい。

宛先	済生会松阪総合病院 医療連携室 行き 〒515-8557 松阪市朝日町1区15番地6 TEL 0598-51-2439（連携室直通）		
紹介元	医療機関名 所在地 TEL FAX		
希望日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ① 年 月 日（曜）※ご希望にそえない場合が ② 年 月 日（曜）ありますのでご了承下さい		
診療科 (○で囲む)	内科・外科・整形外科・産婦人科・ART・小児科・耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科・泌尿器科 麻酔科・脳神経外科・放射線科・神経内科・口腔外科・形成外科・緩和医療科・乳腺外科 総合診療科		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン		
希望医師	(希望医師がない場合は記入不要)	医師間の連絡 ( 済 ・ 未 )	
(フリガナ) 患者氏名	(男・女)		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)		
住 所	〒 自宅TEL ( ) 携帯TEL ( )		
保険情報	保険情報の確認できるもののFAXをお願いします。		
来院手段	自家用車 ・ 施設車 ・ その他 ( )		
付 添 者	有 ( ) ・ 無		
お願い	*ARTは、完全予約の為、TEL(0598)-52-6025へお問い合わせ下さい。 *24時間FAXは稼働していますが、時間外・休日の着信分は翌日対応となります。 *医療連携室への連絡は、(月曜日～金曜日)午前8時30分から午後5時まで(休日は除く)をお願いします。		