

## 紹介患者受診依頼票

歯科口腔外科 FAX 053-573-0093

(紹介先)

平成 年 月 日

医療法人 浜名会 浜名病院

受診される科 歯科口腔外科

 医師名 \_\_\_\_\_ 医師は病院の診療体制に委ねる

受診日(予約される場合は事前にご連絡下さい)

 平成 年 月 日(曜日)

AM・PM 時 分

 診療日は病院の診療体制に委ねる 患者様から直接連絡する

(紹介元)

医療機関名

医師名

電話番号( ) -

FAX No. ( ) -

フリガナ								男 女	現 住 所	市 郡 区	町 村	番地
氏名												
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(	歳)		電話番号	(	)	-	
浜名病院受診歴	有・無	年	月頃					科	診察券番号			
保険証	保険者番号							被保険者名				
	記号・番号											
公費負担番号								被保険者 との続柄	本人・家族			
受給者番号												

※保険証・各医療券等のコピーと共にファックスして下さい。無い場合には上記に記入して下さい。

依頼希望 1. 部位  
2. 処置 抜歯・検査・処置・その他

結果及び経過の返信 要 ・ 不要

後処理 1. 引きつづきお願いする 2. 当方で行う

備考 (病歴・投薬)

当院処方)

# 患者様ご持参用

(紹介先)

平成 年 月 日

医療法人 浜名会 浜名病院

受診される科 歯科口腔外科

医師名

(紹介元)

医療機関名

医師名

電話番号 ( ) -

FAX No. ( ) -

予約日

平成 年 月 日(曜日)

AM・PM 時 分

フリガナ			男・女	現住所	市 町	郡区 村	番地
氏名							
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日(歳)	電話番号	( ) -	
浜名病院受診歴	有・無	年	月頃	科	診察券番号		

※ お問合先 浜名病院 ~~地域連携室 TEL 053-577-2333(代)~~ 相談室・地域連携室 直通 TEL(053)522-7500

※ 予約日時に来院できない場合には、紹介された医師までご連絡下さい。

受診当日は、「新患受付」窓口にお越し下さい。

新患受付に提出していただくもの

- 本票「患者様ご持参用・地域連携 紹介患者予約票」
- 診察予約の場合、紹介状等
- 健康保険証等
- 浜名病院の診察券がございましたら、必ず診察券をご持参下さい。

## 医療法人 浜名会 浜名病院

〒431-0423 湖西市新所岡崎梅田入会地15番地の70  
TEL 053-577-2333(代)

診療時間 午前9:00~12:00 午後3:00~6:00  
(午後の受付は5:30まで)  
木・土曜日午後、日曜・祝祭日休診

当院までの公共アクセス

- JR東海道線・新所原駅 徒歩8分

