

# ファクシミリ診療申込書

紹介先医療機関名

社会医療法人 美杉会 男山病院

所在地

医療機関

電 話

F A X

医師名

印

科

先生

社会医療法人美杉会 男山病院 受診歴  有り  無し

フリガナ		性別	生年月日(大・昭・平・令)
患者氏名		男・女	年 月 日生(才)
住 所	〒		
電話番号	( ) - ( ) - ( )		

主訴および傷病名
紹介目的(精査・加療・入院・転医・手術・リハビリ・その他)

受診希望日 年 月 日( )

■被保険者証

保 険 者 番 号	
記 号	番 号
資 格 取 得 日	
有 効 期 間	~
被保険者との続柄	

■第1公費負担医療受給者票

負 担 者 番 号	
受 給 者 番 号	
有 効 期 間	~

■第2公費負担医療受給者票

負 担 者 番 号	
受 給 者 番 号	
有 効 期 間	~

● ご 案 内 ●

社会医療法人美杉会男山病院を受診される患者さまへ

☆ご来院の際は、医療連携室カウンター迄お越しください。

☆医療連携室カウンターに『診療予約書』、『紹介状』、『保険証』を添えてお申し付けください。

☆指定された医師が不在の場合は、他の専門医が診察させていただく場合がございます。

《問い合わせ・連絡先》

社会医療法人 美杉会 男山病院 医療連携室

〒614-8366 八幡市男山泉19番地 TEL:(075)983-0076 FAX:(075)983-0091

医療連携受付時間 平日 9:00~19:00 土曜日 9:00~12:00	初診受付時間 月曜日~土曜日 8:30~11:30	休 診 日 日曜日、祝日、 年末年始(12月31日~1月3日)
---	------------------------------	---------------------------------------