

## 診療情報提供書 (地域医療連携室行FAX用)

紹介先医療機関  
一般財団法人 慈山会医学研究所付属

坪井病院

科 先生

令和 年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

TEL

FAX

印

ふりがな	男	(明・大・昭・平・令)
患者氏名	・	年 月 日生 ( 歳)
(旧姓)	女	
〒		TEL
患者住所		携帯

《保険証の写し又は、下記に記載して送信お願い致します》

本人 ・ 家族

保険者番号								
記号・番号								
公費負担者番号								
受給者番号								

被保険者氏名

(続柄)

受診予定日

令和 年 月 日 AM ・ PM

( 1 割 ・ 2 割 ・ 3 割 )

資格取得日 年 月 日

備考

キ リ ト リ セ ン

一般財団法人 坪井病院で受診される患者さんへ ご案内

患者氏名 様 令和 年 月 日 時 分

☆ 外来は予約制になっておりますので、事前にご予約下さい。

☆ 来院の際は、紹介状・健康保険証及びこのご案内を一階受付へご提出下さい。

☆ 指定された医師が不在の場合は、他の専門医が診療させて頂く場合がございます。

☆ 外来が混んでいる場合、多少の待ち時間が出る場合がございますので、御了承下さいますようお願い申し上げます。

◎月～土曜日 午前8時30分～午前11時30分

◎月～金曜日 午後1時30分～午後4時

休診日

◎日曜日・祝日・土曜日午後・第五土曜日

◇ご不明の点などがございましたら下記へお問い合わせ下さい。

一般財団法人 坪井病院 TEL 024-946-0808 (内線 344)

地域医療連携室 直通電話 TEL 024-937-4778

FAX 024-937-5095