

診療予約申込書 (FAX 送付用)

送信先

FAX 0257-22-2314

独立行政法人国立病院機構 新潟病院

〒945-8585 新潟県柏崎市赤坂町 3-52
電話 0257-22-2171 (地域医療連携相談室直通)

医療機関名

紹介医師名

電話番号
FAX 番号

診療依頼

希望診療科・医師	科	医師
受診希望日	年 月 日	

紹介の目的	<input type="checkbox"/> 外来診察	<input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> その他
	病状・病名等を簡単にご記入ください *紹介状を送付していただいても結構です。			

患者基本情報

フリガナ			
患者氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日生 (歳)	
現住所	〒		
電話番号	-	-	
備考			

* 当院受診歴 (無 ・ 有 / 当院 ID 番号)