

# FAX 0574-66-6800

受付時間:8時30分～17時00分(月～金)  
17時以降のお申し込みは翌営業日の返信となります

紹介元情報										
紹介元医療機関名				医師名						
電話		-			FAX		-			
患者様情報										
フリガナ								性別		
患者氏名								様		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年 月 日		歳				
住所				〒		電話		-		
						携帯		-		
紹介先情報										
紹介先診療科				医師名			<input type="checkbox"/> 医師指定なし			
診断名又は症状				<input type="checkbox"/> 別紙情報提供書のとおり						
希望診察日		第1希望		月 日		第2希望		月 日		<input type="checkbox"/> 特に希望なし
紹介目的						備考欄				