

水戸中央病院 地域医療連携室 宛

FAX 029-309-8525

診察予約申込書

紹介先診療科

科

医師

受診希望日

第1希望 月 日 () AM / PM

第2希望 月 日 () AM / PM

都合が悪い日

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名



Mito Chuo Hospital

紹介患者情報

ふりがな			
氏名	男 ・ 女 (当院受診歴 有 ・ 無)		
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月 日 歳
連絡先	自宅	携帯	
住所			
保険種類	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢 ・ 生保 ・ 自賠 ・ 労災 ・ まる福 ・ その他 ()		
保険者番号			公費番号
記号			受給者番号
番号			

受付時間 : 月曜～土曜 8時30分～16時30分

- 診療情報提供書を添付の上、送信をお願いします。
 - 保険証等はコピーを添付FAXいただいても結構です。
 - 受付時間外・休診日にFAXいただいた場合、翌診療日に【診療予約票】を送信いたします。
- 緊急の場合はお電話でお申し込み下さい。



社会医療法人財団古宿会
水戸中央病院 地域医療連携室

TEL 029-309-8524 FAX 029-309-8525

受付時間: 8時30分～16時30分

休診日: 第1・3・5週土曜午後、日曜、祝日、年末年始(12月31日～1月3日)