

# 日立おおみか病院 肝臓外来紹介申込書

医療法人 仁愛会

申込日： 年 月 日

日立おおみか病院 地域連携室 行

医療機関名

**FAX：0294-51-2107**

TEL：

TEL：0294-51-2106（地域連携室直通）

FAX：

受付時間：9：00～17：00

医師名：

ご担当者名：

患者 さん 情報	フリガナ	性別	生年月日
	氏名	男性	大正・昭和・平成・令和
		女性	年 月 日 ( 歳)
	電話番号 (日中繋がる番号)	— —	
	当院受診歴	有 (ID： ) 無 不明	
	患者状況	歩行 車椅子 その他 ( )	
来院方法	自家用車・福祉タクシー・公共交通機関・その他 ( )		

## 【申込方法】

- ・本申込書と診療情報提供書(書式の指定なし)を地域連携室までFAX送信して下さい。
- ・内容確認のため、ご連絡させていただく場合がございます。
- ・担当医師に確認の上、ご回答させていただきます。
- ・ご回答までにお時間をいただく場合がございます。(2～5日程度)