

紹介連絡・予約申込票

FAX番号 058-259-3376

公益社団法人岐阜病院 地域連携室 行

依頼日 令和 年 月 日

紹介元		診療科		主治医	
TEL		FAX			

フリガナ 患者氏名		男・女	生年月日	大・昭・平	年	月	日
			電話番号				

住 所		保険種別	
-----	--	------	--

精神科治療歴 有 ・ 無

現在の症状

こころの連携指導料(1) 算定 あり ・ なし

希望診療日	第一希望	年	月	日	希望 診療内容	<input type="checkbox"/> 外来診療
	第二希望	年	月	日		<input type="checkbox"/> 入院診療

予約控

予約日 年 月 日 ( ) 午前 時

予約の変更等ご希望がございましたら、下記までご連絡下さい。

公益社団法人岐阜病院 地域連携室 TEL 058-259-3366 FAX 058-259-3376