

【FAX送信用】

平成 年 月 日

紹介患者連絡票

医療法人 さとうハートクリニック 宛

紹介元医療機関

所在地

医療機関名

医師氏名

電話・FAX

電話

FAX

フリガナ 患者氏名	男 女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳)
住所	電話 ()	

傷病名及び症状
紹介目的
受診希望日・第1希望日 月 日() ・第2希望日 月 日()

----- 切り取り 切り取り線より下を患者様にお渡し下さい -----

【FAX返信用】

紹介患者予約票

先生からのご紹介の 様の
受診日は 平成 年 月 日 時 分
に予約されました。

※来院時、診療情報提供書(紹介状)、保険証等、紹介患者予約票を受付に提出してください。

お問合せ先 さとうハートクリニック

TEL 0184-23-8600

FAX 0184-23-8601