

患者登録票(FAX用)

平成 年 月 日受付

貴医療機関名 _____ 医師名 _____

貴院電話番号 _____ 貴院FAX番号 _____

真生会富山病院アイセンター _____ 担当医もしくは専門外来
宛 _____

患者データ

フリガナ _____

患者氏名 _____ 性別 男・女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 (才)

電話番号 自宅 _____ 携帯 _____

患者住所 _____

患者の状況 ☐ 院内で待機中 ☐ 院外 ☐ 入院中 ☐ その他 (_____)

紹介目的 ☐ 診察・治療 ☐ 即日入院希望 (個室希望・一般病室希望)

病状・病名・緊急性など _____

真生会富山病院アイセンター

FAX : 0766-52-6059

TEL : 0766-52-6979 (アイセンター直通)

TEL : 0766-52-2156 (総合受付)

緊急の場合、お電話でお問い合わせください。

また、外来診療時間外のFAXにつきましては翌日または休み明けに対応いたします。