

患者登録票(FAX用)

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 _____

フリガナ _____
患者氏名 _____ 性別 男・女
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生 (才)

電話番号 自宅 _____ 携帯 _____

住所 〒 _____

患者の状況 院内で待機中 院外 入院中 その他()

病状・病名・緊急性など

緊急の場合、お電話でお問い合わせ下さい。
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のお取り扱い
となります。
当院から患者さんに直接予約の連絡をします。予約日時が決まりましたら、
貴院にご報告いたします。

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)