

F A X連絡票

FAX番号 03-3402-5529

平成 年 月 日

医療法人財団順和会 山王メディカルセンター行
〒107-0052
東京都港区赤坂8-5-35
TEL.03-3402-5581(代表)
FAX.03-3402-5529(代表)

貴院の名称

所在地

医師氏名

TEL.

FAX.

_____科
_____先生

下記の患者様をご紹介します。

受診日 平成 年 月 日

入院希望 (有・無)

当院受診歴 (有・無・不明)

フリガナ

患者氏名 (歳) 男・女

生年月日 (明・大・昭・平 年 月 日)

※上記の太線内必要事項をご記入願います。
待ち時間の短縮が出来るよう事前に診察券作成等諸手続きをさせていただきます。
なお、本票と一緒に保険証、各医療証のコピーを必ずFAX願います。

●対応時間

月曜日 ~ 土曜日 8:30 ~ 17:00

●休診日

日曜日・祝日
年末年始(12/31~1/3)

連絡事項