年　　月　　日

ＦＡＸ連絡票

FAX番号：03-6230-3702

赤坂山王メディカルセンター　担当者宛

科

先生

貴院名

所在地

医師名

TEL　　－　　－

FAX　　－　　－

●下記の患者様をご紹介します

受診日　　年　　月　　日

当院受診歴　（ 有 ・ 無 ・ 不明 ）

《 下記の患者様をご紹介いたします。 》

フリガナ 患者名 男 ・ 女 生年月日 西暦　　年　　月　　日（　　歳）			
住所 〒　　－ TEL　　－　　－ 携帯　　－　　－			
被保険者		続柄	
被保険者の勤務先等	勤務先		
	電話　　－　　－　　内線（　　）		
被保険者番号			

左記の太枠内にご記入の上FAX送信をお願い致します。
携帯番号をご記入下さい。（お持ちの場合）

保険証・医療券については、コピーの送信でも結構です。
本票とともにFAX送信下さい。

患者様ご来院の際は、受付カウンターにて
「診療申込書」をご記入いただき、保険証（医療券）
・紹介状（診療情報提供書）・FAX連絡票と
ともに初診受付け窓口へご提出下さい。

※ 診療受付時間
月曜日 ～ 土曜日
午前　8:30 ～ 11:30
午後 13:00 ～ 16:30

※ 休診日
日祝日　年末年始（12月31日～1月3日）
外来休診の場合がございます。事前にお問合せください。

ご連絡事項・特記事項