

足利赤十字病院

科	先生
---	----

貴院情報	名称と所在地
	電話番号
	F A X 番号
	医師名

今回のご紹介について（簡易記載） ※該当の際は○で囲んでください → （現在入院中）

傷病名 (診察 精査 入院 手術 検査他)

受診第一希望日	月	日	受診第二希望日	月	日
---------	---	---	---------	---	---

足利赤十字病院 にかかったことが ある ・ ない

足利赤十字病院 ID番号

※ なお、上記ID番号の確認できる方はお電話のみで予約お取りできます。

その場合、こちらの用紙の送信は不要です。紹介状のみFAX願います。

フリガナ

漢字 様

性別	男 ・ 女
----	-------

※ 過去10年内での旧姓

生年月日 明治 昭和 大正 平成 年 月 日 (才)

現住所 都府 郡町 道県 市 町 番地

電話番号または携帯番号 - -

保険証のコピーを添付願います。

※ ご来院の際は、直接該当する診療科の受付までお越しください。
また、当日は診療情報提供書（紹介状）と保険証を忘れずにご持参願います。

予約票を折り返しFAX送信いたしますので患者さまにお渡しください

事前予約 F A X 番号

0 2 8 4 - 2 1 - 4 1 3 5