

患者紹介FAX送信票

独立行政法人国立病院機構 和歌山病院

内・神内・呼・循・外・科

宛

紹介元医療機関名

住所

電話

FAX

氏名



ふりがな		生年月日
患者氏名	男 ・ 女	M・T・S・H・R 年 月 日 (歳) 電話 () -
現住所	(〒 -) 市 町 番地 郡 村	

傷病名	
紹介目的	・検査・X線 () ・外来受診 (定期 臨時) ・入院治療

受診予定日 年 月 日 緊急入院の必要性 (有 無)

※ 和歌山病院を初めて受診される場合は、患者様の保険情報をお知らせください。

保険区分	本人	家族															
保険者番号																	
記号・番号																	

※ お問い合わせ 〒644-0044 和歌山県日高郡美浜町和田 1 1 3 8

時間内 (8:30~17:15) 電話 (0738) 23-3921 (地域医療連携室)

時間外・休日 電話 (0738) 22-3256 (事務当直室)

独立行政法人国立病院機構 和歌山病院