

(様式1)

白浜はまゆう病院開放型病床入院申込書 (FAX送信用)

FAX 0739-43-7887

平成 年 月 日

入院依頼目的 :

希望診療科 : _____ 科 希望医師名 _____

希望入院日時 平成 年 月 日 () 時

ご紹介いただきます患者様についてご記入下さい。

フリガナ

ご氏名

_____ 様 性別 : 男 · 女

生年月日 M・T・S・H 年 月 日 生 年齢 (歳)

今までに、白浜はまゆう病院を受診されたことが： あります ありません

貴医療機関名 _____

貴医師名 _____

電話 _____

FAX _____

白浜はまゆう病院
地 域 ケ ア 室

電話 : 0739-43-6208