社会医療法人財団 大和会　武蔵村山病院　医療連携室宛

（FAX送信用）

外来診察依頼書

貴院さまの情報

受診希望日＿＿月＿＿日（　）＿＿時

希望科・医師＿＿＿＿科＿＿＿＿医師

武蔵村山病院(東大和病院)受診歴（ 有 ・ 無 ）

有の場合(大和会共通ID＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

FAX＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者情報

ﾌﾘｶﾞﾅ		性別		生年月日		年齢	
患者氏名							
住所	〒						

＊差支えなければ診療情報提供書をFAXでお送り頂くか、以下へご記入ください。

紹介目的	□加療　□精査　□入院　□その他（　　）
症状や病名	

----------手順と注意事項----------

1) 外来診察依頼書、診療情報提供書をFAXにて医療連携室へお送りください。
2) 診察日時が決まり次第、紹介患者さま受入完了通知書をFAXにてお送りします。
診察当日は紹介患者さま受入完了通知書、診療情報提供書、保険証、診察券(以前に受診された場合)をお持ちになり、初再診受付へ来院されるようご説明ください。
3) 指定された医師が当日不在の際は、同科の専門医が診察させていただくことがあります。

武蔵村山病院　医療連携室

TEL：０４２－５６６－３５６０（お問い合わせ）

お電話による対応　月曜日～土曜日　午前8時30分～午後5時
FAXの場合午後5時以降は翌診療日の対応となります。

医療連携室　FAX　０４２－５６６－３４５１