

キッコーマン総合病院 FAX診療予約申込票

(FAX送信状)

FAX 04-7123-5925 受付時間 月～土曜日(休診日を除く) 9:00～16:00

診療科名	依頼日	年	月	日 (西暦)
医師名	科	紹介元医療機関 (送信元)		
受診希望日	医療機関名	住所		
第一希望 月 日 (:)	TEL	FAX		
第二希望 月 日 (:)	FAX	医師名		
当院受診歴 (無・有 : ID)				

フリガナ	生年月日
患者氏名	(明・大・昭・平・)
性別 (男・女)	年 月 日 (歳)
住所 〒 -	TEL ()
	携帯TEL ()
主訴または病名・症状	
紹介目的 (精査・加療・入院・転医・手術・検査・その他)	

<<注意事項>>

FAXいただきましたら当院医療連携室担当者よりお返事させていただきます。
 予約診療時間の15分前には総合案内にて診療受付の手続きをお願いします。
 紹介状・健康保険証・当院診察券(受診歴のある患者さん)を必ず持参してください。
 ご指定いただいた医師が診察できない場合は、他の医師が代診となる場合もございます。ご了承ください。



キッコーマン総合病院

医療連携室
 〒278-0005
 千葉県野田市宮崎100
 TEL 04-7123-5927 (医療連携室直通)
 FAX 04-7123-5925 (医療連携室)
 TEL 04-7123-5911 (病院代表)



診療情報提供書（紹介状）

キッコーマン総合病院

千葉県野田市宮崎100

TEL 04-7123-5927（医療連携室直通）

TEL 04-7123-5911（病院代表）

（キッコーマン総合病院提出用）

診療科名

年 月 日（西暦）

科	紹介元医療機関（送信元）	
	医療機関名	
医師名	住 所	
受診希望日	TEL	
第一希望 月 日（ : ）	FAX	
第二希望 月 日（ : ）	医師名	
当院受診歴（無・有 : ID）		

フリガナ	生年月日
患者氏名	（明・大・昭・平・）
性別	年 月 日（ 歳）
様（男・女）	
住 所 〒 -	TEL（ ）
	携帯TEL（ ）
主訴または病名・症状	
紹介目的（精査・加療・入院・転医・手術・検査・その他）	
既往歴および家族歴	
治療経過および病状経過	
検査結果	現在処方

診療情報提供書（紹介状）

キッコーマン総合病院

（紹介元控え用）

千葉県野田市宮崎100

TEL 04-7123-5927（医療連携室直通）

TEL 04-7123-5911（病院代表）

診療科名

年 月 日（西暦）

科	紹介元医療機関（送信元）	
	医療機関名	
医師名	住 所	
受診希望日	TEL	
第一希望 月 日（ : ）	FAX	
第二希望 月 日（ : ）	医師名	
当院受診歴（無・有 : ID）		

フリガナ	性別	生年月日
患者氏名	（男・女）	（明・大・昭・平・）
住 所 〒 -		年 月 日（ 歳）
		TEL（ ）
		携帯TEL（ ）
主訴または病名・症状		
紹介目的（精査・加療・入院・転医・手術・検査・その他）		
既往歴および家族歴		
治療経過および病状経過		
検査結果	現在処方	