

済生会松阪総合病院（診療・セカンドオピニオン）診療申込票《FAX票》

FAX番号 0598-51-2658 申込日 令和 年 月 日

※FAX票と診療情報提供書をFAXして下さい。

宛先	済生会松阪総合病院 医療連携室 行き 〒515-8557 松阪市朝日町1区15番地6 TEL 0598-51-2439（連携室直通）	
紹介元	医療機関名 所在地 TEL FAX	
希望日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ① 年 月 日（曜）※ご希望にそえない場合が ② 年 月 日（曜）ありますのでご了承下さい	
診療科 （○で囲む）	内科・外科・整形外科・産婦人科・ART・小児科・耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科・泌尿器科 脳神経外科・放射線科・脳神経内科・口腔外科・形成外科・緩和医療科・乳腺外科	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	
希望医師	<input type="checkbox"/> 希望医師がない場合は記入不要	医師間の連絡（済・未）
（フリガナ） 患者氏名		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日（歳）	
住所	〒 自宅TEL（ ） 携帯TEL（ ）	
保険情報	保険情報の確認できるもののFAXをお願いします。	
来院手段	自家用車 ・施設車 ・その他（ ）	
付添者	有（ ） ・ 無	
お願い	*ARTは、完全予約の為、TEL（0598）-52-6025へお問い合わせ下さい。 *24時間FAXは稼働していますが、時間外・休日の着信分は翌日対応となります。 *医療連携室への連絡は、（月曜日～金曜日）午前8時30分から午後5時まで（休日は除く）をお願いします。	