

ご 紹 介 確 認 書

医 院

先生御侍史

岩手県立釜石病院
地域医療福祉連携室

TEL 0193-25-2011

FAX 0193-25-4031

この度は、_____様をご紹介いただき誠にありがとうございます。

○ 診療予定日 無 ・ 有 令和 年 月 日()です。

○ 検査 (CT ・ MRI ・ RI ・ その他) 予定日は 月 日()です。

..... きりとり線

診 療 予 約 票

患者氏名 _____ 男 ・ 女 M・T・S・H・R 年 月 日 歳

予約日 無 ・ 有 令和 年 月 日()です。

受診科 _____ 科

※ 県立釜石病院5番受付窓口に保険証、紹介状と一緒に提出してください。