

亀田総合病院地域医療ネットワーク室 宛

難病患者受診・入院依頼書

地域医療機関 依頼日 平成 年 月 日

医療機関名		医師名	
所在地	〒		
電話番号		FAX	

患者さま情報 ( 外来受診 ・ 入院 )

氏名	ふりがな	生年月日	( 明治・大正・昭和・平成 ) 年 月 日
	〒		
住所	〒	電話番号	
連絡先	氏名	関係	
	電話番号	自宅 ・ 勤務先 ( )	
傷病名			
目的	( 受診 ・ 入院 )		
身体状態	独歩 車椅子 ストレッチャー		
備考			

事務局: 〒296-8602 鴨川市東町 929  
 医療法人鉄蕉会亀田総合病院  
 地域医療ネットワーク室  
 TEL 0470-99-1261 FAX0470-99-1231