

紹介先事務室行

①ファクシミリ用

公費負担者番号							
公費負担医療受給者番号							
老人負担給付割合	1割・2割						
療養型入院中で	ない・ある						

保険者番号							
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号							
被保険者との続柄 (本人・家族)							

平成 年 月 日

紹介先(社)鹿児島共済会 南風病院

紹介元医療機関の名称・所在地	
医 師 名	
電 話	— —
FAX	— —

科 先生

受診予定日 年 月 日

フリガナ

患者氏名 様 男・女 M・T・S・H 年 月 日生(歳)

住 所 電話 — —

患者様紹介状 (ファクシミリ用)
南風病院 地域医療課 行
FAX 0120-707-142

*平日 時間外 (18:00~翌日8:00)
 *土曜日 午後、*日曜日・祝祭日 } は、外来中央診察室へ転送FAXされるようになっておりますので御了承下さい。

【診療受付時間】

	午 前	午 後
平 日	午前 8 時30分~午前11時00分	午後 1 時30分~午後 4 時00分
土曜日	午前 8 時30分~午前11時00分	—————

(但し、急患の方はこの限りではございません)

【休 診 日】 日曜日・祝祭日・お盆休み (8月15日) ・年末年始

【検査予約専門電話】

放射線科受付 0120-707-124
消化器科受付 0120-707-134

紹介に関するお問合せは (1138) 099-226-9111(代)内線 (3030)
--