

診療情報提供用封筒の送付依頼票

当院専用「紹介患者予約票」、「紹介状専用封筒」が必要な際は、次のいずれかにより、ご連絡ください。医療機関名等を印字して、お届けします。(無料)

- 本票に必要事項をご記入の上、FAX(093-691-7395)してください。
- 医療連携室(093-691-7394)に、その旨お電話ください。
- 代表メール(renkei@mbox.pub.uoeh-u.ac.jp)に、その旨メールしてください。

A	「予約票兼事前FAX送信票」 (両面刷り1枚)	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 50	独自の「診療情報提供書」様式をご使用の機関向けです。ご紹介いただく際、患者様にお渡してください。裏面に事前予約案内、交通案内等を刷り込んであります。
B	「紹介状専用封筒」	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 50	当院に患者様をご紹介いただく際の専用封筒です。A、Bに関わらず、ご利用ください。

A、Bへの 医師名の印字	<input type="checkbox"/> 要 → <input type="checkbox"/> 不要	医師名を印字すると、押印だけでご利用いただけます。 印字医師名() ↑記載のある医師毎に印字します。
-----------------	---	---

医療機関名等

(O)

所在地(住所) 法人名等 医療機関名 電話番号 FAX番号 診療科 医師(代表者)名
--

その他、当院に関する、ご意見、ご希望等があれば、ご記入ください。

処理欄