



医療法人 聖光会

鷹の子病院

紹介用依頼書

送信先 鷹の子病院 代表Tel 089-976-5551 fax 089-976-5572

①～③欄にご記入の上、ファクス送信ください。

① ご依頼元	医療機関名			
	医師名		ご連絡担当者	様
	電話No.		FAXNo.	

② ご依頼いただく患者様	フリガナ					年齢	性別						
	氏 名	様				歳	☐ 男 ☐ 女						
	生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 ☐ 西暦 年 月 日											
	住 所	〒 - 電話番号 () - ☐ 松山市 ☐											
	平日日中の 連絡先	☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 職場	() - お電話の繋がりのやすい時間帯 【 】										
	保険者番号					本人・家族 (家族の場合は被保険者氏名)							
	記号				番号	枝番							
	資格取得日	年	月	日	負担割合	割							
	保険者名称・事業所名称												
	公費負担者番号					公費受給者番号							
	資格取得日	年	月	日	有効期限	年	月	日					

③鷹の子病院 受診希望 ☐ あり ☐ なし	当院受診歴 ☐ あり ☐ なし ☐ 不明 ※診察券番号がわかれば右欄にご記入ください							
	受診希望日時 ①	月	日	時頃	1. 左記日時を希望			
	②	月	日	時頃	2. いつでも可			
	③	月	日	時頃	3. できるだけはやく			
希望診療科 ☐ 脳神経外科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ 内科 ☐ 呼吸器内科 ☐ 糖尿病内科 ☐ 眼科								