

飯塚病院小児科
紹介FAX用紙

紹介元
病院名

電話番号

日付 年 月 日

患者氏名

生年月日 年 月 日

性別 男児 ・ 女児

福岡

県

飯塚
田川
嘉麻
宮若

市

住所

以下番地、マンション名をお願いします

町・村

電話番号

-

-

携帯番号

-

-

依頼目的

入院・精査

病名

(疑い含む)

症状

患者さんの情報確認や、来院時間の調整のため、
折り返しお電話をさせていただいております。
お急ぎの際は直接外来(0948-29-8028)へお電話ください。