

診 療 申 込 書

医療機関名： _____ TEL： _____
 医 師 名： _____ FAX： _____

紹介情報

◆ご希望の診療科に○をつけてください。						
受診科	内科 (一般 呼吸器 糖尿病)		循環器内科	消化器内科	神経内科	小児科
	外科	整形外科	脳神経外科	乳腺外科	泌尿器科	形成外科
	耳鼻咽喉科	眼科	リハビリテーション科	ペインクリニック		

◆該当箇所に○をつけてください。						
担当医師	希望なし					
	希望あり	(_____)先生				
受診希望日	希望なし	不都合な日 (_____)				
	希望あり	※以下に希望日をご記入ください。				
	第1希望	月 日 ()	第2希望	月 日 ()	第3希望	月 日 ()

患者さま情報

個人情報	フリガナ						性別
	氏名						様 男・女
	生年月日	年 月 日 (満 歳)					
	住所	〒 _____					
	電話			携帯			
保険情報	保険者番号	____	本人・家族	公費負担番号	____	負担割合	
	記号	____	番号	受給者番号	____	割	
備考							

- ※ 診療情報提供書も一緒にFAXしてください。
- ※ 申込書を受信後、ただちに「予約票」を返送いたします。患者さまへお渡し願います。
- ※ 受付時間外のお申し込みに関しましては、翌診療日のお取り扱いとなります。