

紹介・予約申込書 (F A X 送付票)

紹介元医療機関の所在地・名称	申込日 令和 年 月 日
	〒 _____
_____ 先生	
電話番号	F A X 番号

お手数ですが、太枠内の記入をお願い致します。折り返し『予約票』をFAXさせて頂きます。

予約希望日	第1希望	令和 年 月 日 () 時 分
	第2希望	令和 年 月 日 () 時 分
希望診療科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科	
特殊外来 (予約制)	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸外来 (木曜日 13:30) <input type="checkbox"/> 息切れ外来 (火曜日 13:00~) <input type="checkbox"/> 禁煙外来 (木曜日) <input type="checkbox"/> ものわすれ外来 (水曜日 11:00~)	
	<input type="checkbox"/> その他特殊外来 ()	
担当医師	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 医師指定 医師	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 「紹介目的;入院」の場合は、地域医療連携室までお電話ください。 「放射線科検査のみ」の場合は、「放射線科検査依頼票」でお申込みください。	

依頼内容

--

患者さま基本情報

患者さまの基本情報・保険情報の提供をお願いします。

ふりがな	性別	生年月日
患者氏名	男 女	M・T・S・H・R 年 月 日生
患者住所	〒 _____	携帯電話があれば携帯番号をお願いします TEL (_____)

保険情報

【被保険者証】		【公費負担医療受給者票】	
保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		受給者番号	
資格取得日	年 月 日	有効期間	~
世帯主		【高齢受給者票】	
保険者名		公費負担者番号	
		受給者番号	
		有効期間	~
		負担割合	1割 3割

当院受診歴
 なし
 不明
 あり (診察券番号 _____)