

診療申込書（紹介患者専用・2病院共通）

【お申込み情報】 申込診療科の□に✓をつけ内容を記載の上、FAXにて送信して下さい。

<input type="checkbox"/> 消化管内科	<input type="checkbox"/> 肝臓内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝・内分泌科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 腎・高血圧内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科
<input type="checkbox"/> 膠原病内科	<input type="checkbox"/> 血液腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 臨床腫瘍科	<input type="checkbox"/> 睡眠医療科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科・老年科	<input type="checkbox"/> 臨床検査科
<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 整形外科
<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 頭頸部外科	<input type="checkbox"/> 眼科
<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 放射線診断科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科	<input type="checkbox"/> 精神神経科	<input type="checkbox"/> 児童精神科
<input type="checkbox"/> 麻酔科	<input type="checkbox"/> 臨床遺伝科	<input type="checkbox"/> 総合診療科	<input type="checkbox"/> 緩和ケア科	<input type="checkbox"/> 歯科医療センター	
事前予約	<input type="checkbox"/> 無（下段の「受診希望日」に希望日時をご記載下さい。）				
	<input type="checkbox"/> 有（下段の「予約日時」にTELもしくはWEBにて取得した日時をご記載ください）				
受診希望日	① 年 月 日（ ）				
	② 年 月 日（ ）				
予約日時	<input type="checkbox"/> TELにて予約済 年 月 日（ ）				
	<input type="checkbox"/> WEBにて予約済				
紹介目的	診察 ・ セカンドオピニオン ・ 入院（転院）依頼 (当院医師への連絡 済 ・ 未)				
傷病名					

【医療機関情報、患者様情報】

当院履歴	無 ・ 有（ 科）・ 不明				
貴院情報	医療機関名：				
	所在地：				
	電話	—	—	FAX	—
患者情報	フリガナ				性別
	患者氏名	(姓)	(名)		男 ・ 女
		※旧姓（ ）			
	生年月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日(歳)			
	住所	〒	電話	— —	
携帯			— —		
保険情報	保険者番号				本人 ・ 家族 (患者続柄)
	記号 ・ 番号				
	公費負担者番号				前期 ・ 後期
	公費受給者番号				1割 ・ 2割 ・ 3割
	その他	労災 ・ 生保 ・ 交通事故 ・ その他の公費（ ）			
備考					

※保険情報をご記入いただくか、もしくは保険証等のコピーの送付をお願いいたします。
※紹介状（診療情報提供書）の送付をお願いいたします。