

紹介・予約申込書 ( FAX送付票 )

申込日 平成 年 月 日

紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_

先生 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ FAX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させていただきます。

予約希望日	平成 年 月 日 ( ) 時 分
受診科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 放射線科
特殊外来	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸外来 <input type="checkbox"/> 息切れ外来 <input type="checkbox"/> 慢性咳嗽外来 <input type="checkbox"/> 禁煙外来
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 <input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ( )
傷病名・症状	

患者さま基本情報

患者様受診時の待ち時間短縮のため、事前に診療録の準備をさせていただきます。

患者さまの基本情報・保険情報の提供をお願いします。

患者氏名	ふりがな	性別	被保険者氏名	続柄
		男 女		
生年月日	. 大 . 昭 . 平 年 月 日 ( 歳 )			
患者住所 電話番号	TEL ( - - )			
【被保険者証】		【公費負担医療受給者票】		
保険者番号		保険者番号		
記号・番号		受給者番号		
資格取得		【後期高齢者医療被保険者証】 1割 3割		
※前期高齢者		市町村番号		
		受給者番号		
当院受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり ( 診察券番号 )				