

## 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
	脳卒中センター ( 脳神経外科 脳神経内科 )		外科	整形外科	泌尿器科	形成外科
	皮膚科	耳鼻咽喉科	眼科	リハビリテーション科	乳腺外来	痛風外来 下肢静脈瘤外来

◆該当箇所に○または✓をつけてください。

希望医師	希望あり	( ) 先生				
	希望なし					
受診希望日	第一希望	20	年	月	日 ( )	□希望なし 不都合な日
	第二希望	20	年	月	日 ( )	
	第三希望	20	年	月	日 ( )	

### 患者様情報

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

◆その他通信欄

- ※ 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。患者様へお渡しください。
- ※ 受付時間外のお申し込みは、翌診療日のお取り扱いとなります。