

外来初診予約申込書

紹介元医療機関			
貴病医院名		診療科	
住所		貴医師名	
電話() -	FAX() -	ご担当者名(ご担当部署)	

患者様情報			
フリガナ		性別	男・女
ご氏名		生年月日	T・S・H・R 年 月 日
電話番号(自宅)	- -	電話番号(携帯)	- -
住所	〒 -		
保険情報	保険者番号		
	記号番号		
	被保険者名(世帯主)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	負担割合 割
当院の診察券	有・無		

※保険情報は保険証をFAXしていただいても結構です。

ご紹介希望診療科 <input type="checkbox"/> にチェックをお願いいたします。	
<input type="checkbox"/> 循環器内科 ⇒ <input type="checkbox"/> 一般〔月～金曜日〕	<input type="checkbox"/> 不整脈〔火・金曜日〕
<input type="checkbox"/> 末梢血管〔月・木曜日〕	<input type="checkbox"/> 弁膜症〔月・金曜日〕 <input type="checkbox"/> SHD外来〔火曜日〕
<input type="checkbox"/> 心臓血管外科〔水曜日〕	
<input type="checkbox"/> 外科〔月～金曜日〕	※整形外科・産科・救急科のFAX予約はできません。
<input type="checkbox"/> 内科〔月～金曜日〕	
<input type="checkbox"/> 女性スポーツ外来(婦人科外来)〔第1、3火曜日 午後〕	
受診希望日 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〔第一希望日: 月 日 / 第二希望日: 月 日〕	
希望医師名〔	〕※医師名につきましては『診療科別外来一覧』をご参照ください。

〔ご注意〕

- 受診当日のご予約、整形外科・産婦人科(女性スポーツ外来を除く)・救急科へのFAX予約はお受けしておりません。
- 放射線科(CT・MRI)のご予約は別途申込書があります。当院ホームページよりダウンロードしてご利用ください。

〔お願い〕

- 緊急のご紹介は直接お電話いただきますようお願いいたします。
- 事前にカルテ作成の準備をさせていただきますので、お手数ですが患者様情報は正確にご記入ください。
- 患者様の情報として診療情報提供書の添付をお願いいたします。