

早石病院 予約依頼申込書 兼 診療情報提供書

(紹介先)早石病院

科

先生

紹介元医療機関名		TEL		
住所		FAX		
医師名		印		
患者	フリガナ 氏名	生年月日 明・大 年 月 日(歳) 昭・平		
		男女	電話	当院受診歴 無・有
住所 〒				
疾病名				
目的	1. 診察 2. 入院 3. 手術 4. 検査 5. その他 (該当する番号に○印をつけてください。)			
①既往歴 ②家族歴 ③症状経過 ④検査結果 ⑤治療経過 ⑥現在の処方 ⑦その他				

□別紙参照

※ご記入いただくか貴院でお使いの紹介状にご記載の上、右上に【別紙参照】に☑の上、本書と一緒にFAXにて送信をお願いします。
(紹介状原本は必ず当日お持ち下さい)

患者に対する留意事項

薬物禁忌: 無・有 () 感染症: 無・有 ()

その他:

予約指定	□ 希望は特になし □ できるだけ早い日を希望		移動方法	□独歩 □車イス □ストレッチャー
	□ 日にち指定 第1希望 月 日 曜日 第2希望 月 日 曜日			

※車イス・ストレッチャーでご来院の方は、必ずご家族のお付添をお願いします。

保 險 情 報	保険者番号	後期高齢 1割 3割	記号	番号	
	公費負担番号		公費受給者番号		
	備考	老人一部負担金免除 有・無	被保険者名		続柄

【お問い合わせ】

地域医療連絡室(月～金曜日 9:00～17:00 土曜日9:00～13:00 但し祝日を除く)
(FAXは24時間稼動 但し、時間外着信分は翌日対応)
電話(直通) 06-6771-2811 FAX(直通) 06-6771-2233

予約依頼先 地域医療連絡室 直通FAX 06-6771-2233