

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	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日(歳)
	氏名	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	<input type="checkbox"/> 希望は特になし <input type="checkbox"/> できるだけ早い日を希望	移動方法 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー
	<input type="checkbox"/> 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。

保険情報	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時間稼働 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