

紹介患者様予約申込書

日頃から、当院の診療活動につきましては、ご協力いただきお礼を申し上げます。紹介患者様の受診に際しましては、予め診療録(カルテ)を準備いたしますので、下記にご記入の上、前日迄にFAXしていただきますようお願い申し上げます。出来る限り速やかにFAXまたは電話にてご返事させていただきます。

依頼日 平成 年 月 日

受診希望診療科	科		
	ご希望があれば(医師名: )		
希望検査項目	心エコー ・ 骨塩定量検査 ・ ( )カメラ ・ その他( )		
受診希望日	第一希望	平成	年 月 日
	第二希望	平成	年 月 日
	第三希望	平成	年 月 日
患者情報	フリガナ		
	氏名	(男・女)	
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日(才)
	住所	〒 — —	
	電話番号	— — 携帯番号 — —	
健康保険証	※ コピーをFAXしていただくか、下記にご記入ください。		
	保険者番号	本人/家族	本人 ・ 家族
	記号	公費番号	
	番号	受給者番号	
紹介医	医療機関名		
	医師名		
	電話番号	— —	
	FAX番号	— —	
紹介理由などコメント			