

貴医療機関名	診療科
住所	貴医師名 先生
TEL	御担当 様
FAX	

紹介患者予約申込書・連絡表

FAX送信日 年 月 日

※該当項目には、チェック又は○をお願いします。

基本情報	フリガナ		男・女	生年	明・大	年 月 日 歳
	患者氏名			月日	昭・平	
	現住所	電話 () -				
	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 ※当院に初めて受診される患者さまは、カルテを事前作成いたします。				
希望内容	<input type="checkbox"/> 診察のみ <input type="checkbox"/> 他検査まで <input type="checkbox"/> 加療まで <input type="checkbox"/> 入院希望					
	疾患名			ADL <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 担送		
	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 療養科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 放射線治療科 <input type="checkbox"/> ガンマナイフ					
	医師への事前連絡 <input type="checkbox"/> 済・ <input type="checkbox"/> 未					
備考						

※ 受付時間は8:00~17:00となります。17:00以降にFAXいただきましたお返事は翌日とさせていただきます。

※ 土・日・祝・祭日は誠に勝手ながらお休みとさせていただきます。