FAX 専用 診療予約申込書

平成　　年　　月　　日

※本紙を**診療情報提供書**とともに地域医療連携室までご送付ください。

刀根山病院　地域ネットワークセンター宛

FAX **06-6844-8778**

TEL　06-6853-2090（直通）

06-6853-2001（代表）

受付時間：　平日 9：00～19：00

（木曜日のみ 9:00～17:00）

※受付時間以降のお申し込みは翌日営業日以降になります。

※当日のご予約はお取りできませんのでご了承下さい。

〒番号：
ご住所：
医療機関名：
電話番号：
FAX 番号：
医師名：

診療科

＿＿＿＿＿＿＿＿科＿＿＿＿＿＿＿＿先生

受診希望日　等があればご記入下さい。

外来診療科

☐ 呼吸器内科　☐ 結核外来　☐ 神経内科　☐ 呼吸器外科　☐整形外科

☐ もの忘れ外来　☐ すくみ足外来　☐ 睡眠外来　☐ 骨粗鬆症外来

※合併症等により、当院で対応が出来ない場合があります。　※セカンドオピニオン外来は別途お問い合わせ下さい。

●刀根山病院　診察券　（　有　・　無　）　ＩＤ番号

フリガナ		男女	生年月日	明・大・昭和・平　年　月　日　歳
氏　名				
住　所	（〒　　—　　）			
電話番号				
保険情報	☐国民健康保険　☐社会保険　☐生活保護　☐その他（　　）			
紹介目的	☐外来受診　☐転院　☐家族受診　☐その他（　　）			
持参資料	☐X 線　☐CT　☐MRI　☐検査データ　☐その他（　　）			

※持参資料、診療情報提供書（原本）は患者さまが受診日にお持ちいただく様にお願い致します。