

FAX 専用 関節リウマチ 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。

●当院でのご希望をお知らせ下さい。

リウマチ治療の一任（診断・治療）

→ リウマチ科予約

生物学的製剤導入

初回投与まで

→ リウマチ科予約

自己注射移行まで

→ リウマチ科予約

呼吸器疾患のスクリーニングのみ

→ 呼吸器内科予約

呼吸器疾患の評価・治療

→ 呼吸器内科予約

手術加療（内容：

）

→ リウマチ科予約

その他（

）

→ 呼吸器内科 / リウマチ科予約

●今後の治療方針についてお知らせ下さい。

刀根山病院での評価・治療後、貴院での治療継続

刀根山病院での治療のみ

貴院および刀根山病院での併診（

）

●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
氏名				年 月 日
住所	(〒 —)			歳
電話番号				
保険情報	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（)			
持参資料	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 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をお願い致します。