

【 F A X 専 用 】 関 節 リ ウ マ チ 診 療 申 込 書

独立行政法人 国立病院機構 刀根山病院 地域医療連携室 行

FAX 06 - 6844 - 8778

公費負担者番号	□□□□□□□□
公費受給者番号	□□□□□□□□

一部負担金助成 (有 ・ 無)

保険者番号	□□□□□□□□
記号・番号	□□□□□□□□

年 月 日

郵便番号 □□□□ - □□□□

所在地 _____

医療機関名

T E L

F A X

医師氏名 _____

被保険者との続柄
【本人・家族(被保険者氏名)】

・刀根山病院「診察券(IDカード)」(有 ・ 無)

ID番号 □□□□□□□□

フリガナ		生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	男 ・ 女
患者氏名			年 月 日 (歳)	
住 所	TEL () -			

当院でのご希望をお知らせください

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ください

当院での評価・治療後、貴院での治療継続

当院での治療のみ

貴院および当院での併診()