

# 診 察 申 込 票

桃仁会病院 地域医療連携室 FAX:(075)622-2137

申 込 日	年            月            日    (            )
-------	---

紹 介 元	
医療機関名	
担当医師名	
T E L	—                            —
F A X	—                            —

受 診 希 望 日	
第1希望	月            日    (            )
第2希望	月            日    (            )

受診希望科(○印を記入して下さい)	
泌尿器科	腎臓内科
循環器内科	整形外科

患 者 様 情 報			
フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明・大 昭・平            年    月    日
住 所	〒            —		
T E L	—                            —		
病 名			
紹介目的			
透析情報			
	原疾患	導入日	透析日
		年    月    日	月・水・金 火・木・土    AM・PM

被 保 険 証 情 報			
保険番号	保険者番号	記号・番号	本人・家族の別
			本人・家族
公費	保険者番号	番号	老人保健の負担割合
			1割・2割・3割

受付時間: 9時00分～16時30分(土・日・祝日を除く)  
 FAX受信後、30分以内に「受付確認票」を返信いたします。  
 (FAXは24時間稼働しておりますが、受付時間後・土・日・祝日の受信分に関しましては翌診療日の返信となります)