

< 診 察 申 込 票 >

桃仁会病院 地域連携室

TEL (075) 622-2136 直通 / FAX (075) 622-2137 直通

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

◆紹介元医療機関

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	

◆患者様情報

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明大昭 平令 年 月 日
住 所	TEL — —		
病 名			
紹介目的			
ADL 等	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子を利用 (<input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 介助不要) <input type="checkbox"/> 家族の付き添いあり		
透析情報	原疾患	導入日	透析日
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 月・水・金 <input type="checkbox"/> 火・木・土 AM PM
<連絡事項>			

◆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～17時00分 (土・日・祝日を除く)

◎FAX受信後、30分以内に「診察予約票」を返信いたします。

◎FAXは24時間稼働しておりますが、受付終了後・土・日・祝日の受信分につきましては翌診療日の返信となります。