

紹介患者診療予約申込書(整形外科以外)

年 月 日

医療法人ハートフル
アマノ病院

FAX 0829-30-0126

TEL 0829-30-0125

紹介元医療機関名称及び所在地

医師名

担当者

TEL
FAX

フリガナ	(男 ・ 女)		生 年 月 日	(T ・ S ・ H ・ R)									
氏 名	旧姓 []			年 月 日									
現住所	-)												
電話番号	★優先順に2か所以上、正確に記入をお願いします。												
	続柄	名前		電話番号									
日中に連絡が つく電話番号	本人		携帯 ・ 自宅 ・ その他()	— —									
			携帯 ・ 自宅 ・ その他()	— —									
			携帯 ・ 自宅 ・ その他()	— —									
受診希望日	第1希望	月 日 ()	保険者番号										本人 家族
			記号・番号										
	第2希望	月 日 ()	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割									
			資格取得日	年 月 日	有効期限	年 月 日							
	第3希望	月 日 ()	公費負担番号										
			受給者番号										
	第4希望	月 日 ()	公費負担番号										
			受給者番号										

希望診療科		指定医師	なし ・ () 医師
◆ 当院の診療をご予約の際は、紹介患者診療予約申込書と診療情報提供書のFAXをお願いいたします。 ◆ 血液検査・画像検査等は全てご持参下さい。 ◆ FAXが届き次第、持参物・日程を当院より患者さまへご連絡いたします。			