

申込日 令和 年 月 日

診療予約申込書

貴医療機関名 ()
 ご住所 (〒)
 貴医師名 ()
 電話番号 () —
 FAX () —

■ 希望される受診科 (印を付けてください)

<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 肺腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 感染症内科	<input type="checkbox"/> アレルギー・リウマチ内科
<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 小児循環器専門外来
<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉・頭頸部外科
<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科
<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 放射線治療	<input type="checkbox"/> その他 ()		

希望医師名 ()

■ 病名及び目的について～日本語でお願いします～

--

■ 受診を希望される日をご記入お願いします

・第1希望日 ()	・第2希望日 ()	・都合の悪い日 ()
<input type="checkbox"/> できるだけ早く	<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内の受診希望	

■ ご紹介いただきます患者さまについてご記入お願いします

フリガナ		性別	※旧姓(名字変更の場合記入)	
患者氏名		男・女		
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日生まれ (歳)
フリガナ				
住所	〒			
電話	()	—	携帯電話	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	ID番号 ()	
患者状況	<input type="checkbox"/> 外来患者 (<input type="checkbox"/> 貴院待機中 ※ 患者様がお待ちの場合はチェックして下さい)			
	<input type="checkbox"/> 入院患者 (<input type="checkbox"/> 出来高算定 <input type="checkbox"/> DPC <input type="checkbox"/> その他)			
保険	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他			
特記事項	ADL (独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー)			

■ 保険情報についてご記入お願いいたします

保険者番号		記号・番号	
被保険者名		続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
公費負担者番号		公費受給者番号	
老人一部負担金免除	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	負担割合	

※ ご記入の上、診療情報提供書と共にFAXして頂きますようお願いいたします。

予約通知書 は患者さまにお渡しください。