

# < 診 察 申 込 票 >

桃仁会病院 地域連携課

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	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。