

診察依頼用情報提供書 (FAX送信用)

FAX送信先 : 加納総合病院 地域連携室 06-6881-6530

医療機関名			電話 () -
	医師		FAX () -
フリガナ			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
患者氏名			生年月日 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H
			年 月 日 歳
住所	〒		電話 () -
			携帯 () -
保険者番号			公費負担者番号
記号・番号			公費受給者番号
区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		老人負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 3割 高 (<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 3割)
生保	役所名		担当者名
自賠責	保険会社名		担当者名

※保険情報はご記入いただくか、保険証をFAXして下さい。

希望日	第一希望	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	第一希望	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
診察	科							医師
病名								
診察目的 病状経過 等								
現在の処方								

※診療情報は、貴院の書式でも結構です。

お知らせ

・ 診察の都合によっては、お待たせすることがございますのであらかじめご了承下さい。

【お問い合わせ・連絡先】

加納総合病院 地域連携室

TEL 06-6351-5381(代)

06-6351-9810(直通)

診療情報提供書、予約通知書、保険証等は、ご来院の当日
受付へご提出いただくよう、ご本人様にお伝え下さい。