

## 整形外科受診予約申込書

◆紹介元医療機関

|       |          |      |          |
|-------|----------|------|----------|
| 病院名：  |          |      |          |
| 医師名：  |          |      |          |
| 所在地：〒 | —        |      |          |
| TEL：  | (      ) | FAX： | (      ) |

|       |                                |              |                             |
|-------|--------------------------------|--------------|-----------------------------|
| 病名    |                                |              |                             |
| 主症状   |                                |              |                             |
| 受診希望日 | 第1希望                           | 月 日 (      ) | 希望医師                        |
|       | 第2希望                           | 月 日 (      ) |                             |
|       | 第3希望                           | 月 日 (      ) |                             |
|       | <input type="checkbox"/> いつでも可 |              |                             |
|       |                                |              | ※あればご記入下さい                  |
|       |                                |              | <input type="checkbox"/> なし |

※この受診予約申込書とともに、診療情報提供書のFAX送信お願いいたします。  
 予約をお取りしましたら、受診日のお知らせをFAX送信させていただきます。

◆患者様個人情報

|      |     |      |       |
|------|-----|------|-------|
| フリガナ |     | 性別   | 生年月日  |
| 氏名   |     | 男・女  | 年 月 日 |
| 住所   | 〒 — | TEL: |       |

|           |            |                                             |  |
|-----------|------------|---------------------------------------------|--|
| がくさい病院受診歴 | 有 ・ 無 ・ 不明 | がくさい病院 診察券番号<br><small>(わかればご記入下さい)</small> |  |
|-----------|------------|---------------------------------------------|--|

◆被保険者情報(保険証コピーをFAX送信して頂いても結構です)

|         |         |         |       |                     |  |
|---------|---------|---------|-------|---------------------|--|
| 保険者番号   |         | 公 負担者番号 |       |                     |  |
| 記号      | 番号      | 費 受給者番号 |       |                     |  |
| 被保険者    | 本人 ・ 家族 |         | 交付年月日 | 年 月 日               |  |
| 資格取得年月日 | 年 月 日   |         | 負担割合  | 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 10割 |  |
| 有効期限    | 年 月 日   |         |       |                     |  |

◆予約・お問い合わせ先

**がくさい病院 地域医療連携課**

電話受付時間：月曜日～金曜日 9:00～16:00 (祝祭日を除く)

なお、受付時間外にFAXを送信して頂きました際は、翌日(土曜日・祝祭日を除く)にご連絡いたします。

TEL:075-754-7113(直通)      FAX:075-754-7100(代表)