

## 森之宮病院 診療申込書&lt;FAX専用&gt;

社会医療法人 大道会

森之宮病院 地域医療連携室 宛

FAX 06-6969-3336

紹介元 医療機関名	
住所	
医師名	
電話	
FAX	

## ◎患者情報

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
患者氏名					
住所		電話			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	当院 受診歴	□ あり □ なし		

※ご来院時に保険証の確認が必要です。患者さんに紹介状と保険証を持参いただくようお願いください。

## ◎ご紹介診療科目・医師名

※詳細は外来診療時間表をご覧ください。

<input type="checkbox"/> 内科 ( 総合 ・ 呼吸器 ・ 消化器 )	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科
<input type="checkbox"/> 乳腺センター ( 乳腺・内分泌外科 ・ 形成外科 )	<input type="checkbox"/> 心臓血管センター ( 循環器内科 ・ 心臓血管外科 )	
<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 小児神経科	<input type="checkbox"/> 小児整形外科
<input type="checkbox"/> 麻酔・ペインクリニック科	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
医師名 ( )		医師

## ◎紹介目的

※簡潔をお願いいたします。詳細は診療情報提供書にご記入ください。

--

## ◎希望日時

<input type="checkbox"/> 希望時間あり
・第1希望: 月 日 ( ) 午前・午後 ( ) 時 ~ ( ) 時頃
・第2希望: 月 日 ( ) 午前・午後 ( ) 時 ~ ( ) 時頃
<input type="checkbox"/> 特に希望時間なし

## ◎保険情報

※下記にご記入いただくか、保険情報のコピーをFAXお願いいたします。

保険番号		公費負担者番号	
記号・番号		公費受給者番号	
備考	本人・家族 老人一部負担金割合 1割・2割・3割 老人一部負担金助成 有・無		

## ●お問い合わせ先

森之宮病院 地域医療連携室

FAX 06-6969-3336 フリーダイヤル 0120-031-841

受付時間 月～金曜 9:00～19:00、土曜 9:00～12:00(日・祝日は休み)

※FAXは24時間受け付けております。時間外・休日着信分は翌日対応となりますのでご了承ください。