

森之宮病院 診療申込書〈FAX専用〉

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※歯科のみ **FAX 06-6969-8002**

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		年 齢	
患者氏名					
住 所		電 話			
生年月日	年 月 日	当 院 受診歴	□ あり □ なし		

※ご来院時にマイナンバーカードの確認が必要です。患者さんに紹介状とマイナンバーカード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 (<input type="checkbox"/> 総合 ・ <input type="checkbox"/> 呼吸器 ・ <input type="checkbox"/> 消化器)	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科
<input type="checkbox"/> 乳腺センター (<input type="checkbox"/> 乳腺・内分泌外科 ・ <input type="checkbox"/> 形成外科)	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科
<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	
<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 曜日 時 ~ 時
・第2希望: 月 日 曜日 時 ~ 時
<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をお願いいたします。

保険番号		公費負担者番号	
記号・番号	・	公費受給者番号	
備 考			

●お問い合わせ先

・森之宮病院 地域医療連携室【受付時間 月～金曜 9:00～19:00、土曜 9:00～12:00(日・祝日は休み)】

〈FAX〉06-6969-3336 〈TEL〉0120-031-841(直通フリーダイヤル)

・森之宮病院 歯科受付【受付時間 月～金曜 9:00～17:00、土曜 9:00～12:00(日・祝日は休み)】

〈FAX〉06-6969-8002 〈TEL〉06-6969-0111(病院代表)

※ 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。