

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 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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伝えください。

◎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 | <input type="checkbox"/> その他(|)医師名(|
| | |)医師 |

◎紹介目的

※簡潔にお願いいたします。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かず、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 | | | |

●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。