

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"/> 歯科口腔外科
<input type="checkbox"/> 糖尿病内分泌センター(肥満外来)	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 麻酔・ペインクリニック科
<input type="checkbox"/> 下肢救済センター(循環器内科)	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	
<input type="checkbox"/> 大動脈治療センター(心臓血管外科)	<input type="checkbox"/> その他()	
<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)	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"/> 希望日時あり
・第1希望: 月 日 曜日 時 ~ 時
・第2希望: 月 日 曜日 時 ~ 時
<input type="checkbox"/> 特に希望日時なし

◎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	

●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。