

## 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		年齢	歳
患者氏名		電話			
住所		当院 受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
生年月日	年 月 日				

※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 ( <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 ( 乳腺・内分泌外科 ・ 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"/> 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( ) 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	老人一部負担金割合 老人一部負担金助成		

## ●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。