

診療予約申込書

平成 年 月 日

●紹介先医療機関

医療法人 錦秀会
阪和記念病院
地域医療連携室 宛
TEL:06-6696-5591(代表)
FAX:06-6696-0106(直通)

●紹介元医療機関

名称 _____
所在地 _____
TEL _____
FAX _____
科 医師氏名 _____

診療希望科	心臓血管センター(循環器内科)・脳神経外科・脊椎センター		
希望日時	平成	年	月 日 時頃
希望医師氏名	医師		
フリガナ			
受診者氏名			男・女
生年月日	M・T・S・H	年	月 日 (歳)
住所	〒		
	TEL	FAX	
当院受診歴	有・無 有りの場合(年 月頃 科受診)		
備考			

希望医師、希望日時は特に希望される場合のみご記入ください。
ご希望に添えない場合は、その旨連絡いたします。
尚、お電話にてご予約を頂けるとスムーズに調整させていただきます。
※診療情報提供書と一緒にFAXしてください。
※MRI検査は緊急時以外、後日予約とさせていただいておりますので予めご了承ください。

資格取得日年月日と有効期限
年月日を必ずご記入ください。

健康保険	記号				番号				本人・家族	有効期限			
										開始	.	.	
公費負担									有効期限	老人保健 負担割合			
										開始	.	.	
老人一部負担金助成	(有・無)								有効期限	開始		.	.
										終了	.	.	