

診療予約申込書

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	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 ・ R	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き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							本人 ・ 家族	有効期限	
	記号		番号					開始	終了
公費負担								有効期限	
								開始	終了
老人一部負担金助成	(有 ・ 無)							有効期限	
								開始	終了