

整形外科 診察予約申込書

■紹介元情報

医療機関名		TEL	
医師名		FAX	
所在地			

■患者情報

フリガナ		性別	生年月日		年齢(歳)
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
住所	〒				
TEL		貴島病院本院への受診歴		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
保険者番号		記号		番号	
被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	資格取得日	年 月 日		
被保険者氏名		有効期限	年 月 日		
公費負担番号		公費受給者番号			
公費負担番号		公費受給者番号			

■依頼内容

受診希望診療科	整形外科		受診希望担当医	<input type="checkbox"/> 田中Dr <input type="checkbox"/> 池田Dr <input type="checkbox"/> どちらでも		
受診希望日	希望①	年 月 日() <input type="checkbox"/> 午前診 <input type="checkbox"/> 夜診察				
	希望②	年 月 日() <input type="checkbox"/> 午前診 <input type="checkbox"/> 夜診察				
	月	火	水	木	金	土
午前診察	田中 池田	田中	池田	非常勤	池田(1.3.5) 田中(2.4)	非常勤
夜診察	池田 非常勤	非常勤	非常勤	田中 池田(1.3.5)	非常勤	-

←2020年10月現在

※田中Drについては、ご希望の日付のみとなり、お越し頂いた順にて診察をさせていただきます。

※池田Drについては、予約優先型の診察となりますが、予約外についても診察を行っております。

※この用紙とともに診療情報提供書を送付願います。

※担当医不在等により即日回答できない場合がございます。

※予約確定をした後に、こちらより「予約票」をFAXいたします。