

脳神経外科 診察予約申込書

■紹介元情報

※この用紙とともに診療情報提供書を送付願います。

医療機関名		医師名	
住所		担当者	
TEL		FAX	

■患者情報

カルテID:()

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 <input type="checkbox"/> 無
貴院の状況	<input type="checkbox"/> 外来待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 現在入院中(退院予定: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
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	脳神経外科		受診希望担当医	<input type="checkbox"/> 藤島Dr <input type="checkbox"/> 奥田Dr <input type="checkbox"/> 指定なし		
受診希望日	希望①	年 月 日() <input type="checkbox"/> 午前診 <input type="checkbox"/> 夜診				
	希望②	年 月 日() <input type="checkbox"/> 午前診 <input type="checkbox"/> 夜診				
不都合日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
	月	火	水	木	金	土
午前診	-	藤島 (10:00~)	-	奥田	-	奥田9:30~ (第3土曜のみ)

※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「外来予約票」をFAX致します。

※予約優先の診察となりますが、予約外の診察も行っております。