

整形外科 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	整形外科		受診希望担当医	<input type="checkbox"/> 田中Dr <input type="checkbox"/> 森Dr <input type="checkbox"/> 貴島(崇)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 ()			付添者 (小児・高齢の場合)		
	月	火	水	木	金	土
午前診	田中 貴島(崇)	田中 貴島(崇)	森 非常勤	貴島(崇) 非常勤(1.3.5)	森 非常勤	貴島(崇) 非常勤
夜 診	森 非常勤	非常勤	非常勤 18:00~	田中	非常勤 18:00~	-

←2025年4月現在

※貴島(崇)Drについては、土曜日のみ完全予約制とさせて頂いております。

※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「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。

貴島病院本院 地域医療連携室