

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			
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"/> (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	森裕亮 貴島崇文	田中 貴島崇文	森裕亮 韓(9:20~)	貴島崇文 土肥(第1・3・5の9: 30~) 岩前(第2・4)	田中 木下	大槻 貴島崇文 (予約のみ) 岩前(第2・4)
午後診	-	小林 (14~16:30)	-	-	-	-
夜診	森裕亮 土肥	柳田 森逸	大槻(18~) 平川(18~)	田中	大槻(18~)	-

←2026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。