

ベリタス病院整形外科外来診療予約申込書

※診療情報提供書とこの用紙をFAX(072-793-2755)してください。

※保険証、診療情報提供書は必ず患者様来院時にお持ちください。

依頼元 医療機関名

医師名

TEL

FAX

| | | | | |
|------|------|-----------|------|-------|
| 患者情報 | フリガナ | ベリタス病院来院歴 | 無・有 | |
| | 氏名 | 様(男性・女性) | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | 〒 | | |
| | TEL | | | |

| |
|-------|
| 希望医師 |
| 希望予約日 |
| 備考 |

| | | | | | |
|------|-------|----|----|----|-----|
| 紹介目的 | 精査・診断 | 治療 | 入院 | 手術 | その他 |
|------|-------|----|----|----|-----|

※当日の診察依頼は、事前に地域医療連携室へお電話をお願いいたします

| | | | | |
|------|------|--------|-----|-----|
| 来院方法 | 自家用車 | 介護タクシー | 救急車 | その他 |
|------|------|--------|-----|-----|

| | | | | |
|------|----|-----|--------|-----|
| 患者状態 | 独歩 | 車椅子 | ストレッチャ | その他 |
|------|----|-----|--------|-----|

| |
|--------|
| 主訴・病名等 |
|--------|

※詳細は診療情報提供書に記入してください。(必ず事前にFAXして下さい)

※平日20時以降・土曜13時以降のお申し込みは翌業務日にお返事いたします