

紹介連絡・予約申込書

(申込年月日: 令和 年 月 日 午前 午後 時 分)

患者さん同意のもと、この紹介連絡・予約申込票を送ります。予約お願い致します。

東海中央病院 メディカルサポートセンター (FAX 058-382-9853 TEL 058-382-2251)		依頼元		医師名	
		電話		FAX	
フリガナ		旧姓		大正・昭和・平成・令和	
氏名		性別	男性・女性	生年月日	年 月 日
住所	〒				
電話番号	()				
保険番号				記号・番号	
被保険者・世帯主名		資格取得日	昭和・平成		
被保険者・世帯主との続柄		有効期限	平成		
依頼診療科	_____		希望医師名	_____	
診断名又は症状:	_____				
予約事項	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院 (<input type="checkbox"/> 開放型病床) <input type="checkbox"/> その他				
受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (カルテ番号 _____)				
予約希望日	<input type="checkbox"/> 希望日なし <input type="checkbox"/> 第1希望 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 第2希望 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
特記事項					

※紹介状(診療情報提供書)も一緒に送信をお願いいたします。

返信・予約控

日付:

紹介元医療機関名: _____

患者氏名: _____

予約日: ()

午前・午後 時 分

診療科名: _____ 科

担当医名: _____