

診察・検査申込書

申込日 平成 年 月 日

大野記念病院 医療連携課	FAX : 06-6531-5396
--------------	--------------------

紹介元医療機関 所在地 TEL FAX 医師	
------------------------------------	--

希望診療科		科	希望医師名		医師
-------	--	---	-------	--	----

受診希望日	① 月 日 () ② 月 日 ()
-------	---------------------

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	大・昭・平 年 月 日 (歳)
現住所	〒		
電話番号			
保険の種類	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 労災		
当院来院時の状況 (予測)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 酸素使用中 <input type="checkbox"/> その他 ()		

紹介目的	※診療情報提供書の添付、または紹介目的をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 診療情報添付
------	---

社会医療法人寿楽会 大野記念病院 医療連携課
 TEL (06) 6531-0819 FAX (06) 6531-5396
 《月～金》9:00～19:30 《土》9:00～13:00