

診察・検査申込書

申込日

大野記念病院 患者総合支援センター 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 | ② | |

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

| | |
|------|--|
| 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"/> 診療情報提供書添付 |
|------|--|

社会医療法人寿楽会 大野記念病院 患者総合支援センター

TEL (06) 6531-0819 FAX (06) 6531-5396
《月～金》 9:00～19:30 《土》 9:00～13:00