

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 (— —)	携帯 (— —)	
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"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> 労災	<input type="checkbox"/> 私費
当院来院時の 状況 (予測)	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車椅子	<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	<p>※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。</p> <p><input type="checkbox"/> 診療情報提供書添付</p>
------	---

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