

FAX 06-6966-5336

受診科	
医師名	先生

紹介医療機関名	
住 所	
電 話	
F A X	
医師名	

<input type="checkbox"/> 診察予約 <input type="checkbox"/> 当日受診 <input type="checkbox"/> 入院	主病名・主訴、目的など <input type="checkbox"/> 別紙参照 <u>当日受診</u> 、 <u>入院</u> の場合は、事前に必ずお電話をお願いいたします。
<input type="checkbox"/> 検 査	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> C T 部位（　　　　　）単純・造影 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> M R I 部位（　　　　　）単純・造影 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 超音波検査 部位（　　　　　） </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> その他 脳波 骨塩定量 マンモグラフィー </div>
<input type="checkbox"/> その他	

やくばと	<input type="checkbox"/> やくばと申し込み済（チェック時は下記記載不要です）		
第1希望	月	日	曜日
第2希望	月	日	曜日
第3希望	月	日	曜日

当院の受診歴
あり・なし

ふりがな 氏 名	男・女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 ()才
住 所	〒 —	TEL 自宅 携帯

保険者番号								公費負担者番号								
記号・番号	.						公費受給者番号									
備 考	本 人・家 族															
	一部負担金割合	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割														
	一部負担金助成	有 ・ 無														

※ この申込書を使用される場合は、必ず診療情報提供書を添付して、当院宛に送付してください。