

<ご利用に際して> *当書類は医療機関専用です。個人様からはお受けできません。

医療従事者の方へ

当院では、医療機関様から直接ご連絡頂いた場合に限り、診察予約をお受けしております。

診療予約申込書に必要事項をご記入頂き、紹介状と合わせて当院までFAXをお願い致します。

予約完了後、ご担当者様へ連絡させていただきます。お急ぎの場合や、詳細を確認されたい場合などは、

直接当院地域連携宛にお電話くださいますようお願い致します。

(078-333-4727 受付時間 平日 月 ~ 金 9:30 ~ 20:00)

20:00 以降のお申込みについては、翌業務日以降のお返事となりますのでご了承下さい。

ひろクリニック 紹介予約申込書

FAX (078)333-4728

※ 以下ご記入のうえ、FAX送信してください。

※医療機関専用です、個人様からの予約はお受けしていません。

申込日 平成 年 月 日

貴院情報

住所 〒

代表TEL () -

※FAX () -

診療科 _____ ご担当 _____

申込ご担当者名 _____

【患者様情報】

氏名	フリガナ	生年月日	明・大 年 月 日(歳)	
	男・女		TEL () -	
ご紹介目的	■診療(ご希望医師:)	ご紹介内容	病名・臨床症状など	
	■MRI(部位:) ■CT(部位:) ■その他()		画像持込(有・無)	
ご希望日	第1希望 月 日() AM・PM・夜間			
	第2希望 月 日() AM・PM・夜間 ご都合の悪い日時()			
手術	A. 手術の依頼 B. 手術の必要性の相談 C. 手術については想定なし D. わからない			
摘要				
主保険	保険者番号	記号	番号	本人・家族
	保険者番号	受給者番号		種別
併用保険				老・乳・()

※自賠責保険・労災保険使用時は、摘要欄にご記入お願い致します。