

診療申込書 (FAX用)

年 月 日

【宛先】 大隈病院 地域連携室 FAX番号 052-991-2536 (直通)
052-991-2113 (代表)

医療機関様名称 _____

ご依頼医師名 _____ 先生

TEL - - FAX - -

受診科に○をつけてください			
脳神経外科	内科	神経内科	整形外科
希望医師			
無し ・ 有り ()			
診療希望日時			
第一希望	: 月 日 ()	時頃	・ 時間希望無し
第二希望	: 月 日 ()	時頃	・ 時間希望無し
第三希望	: 月 日 ()	時頃	・ 時間希望無し

ふりがな	男	明治	大正	昭和	平成
患者様氏名	女	年	月	日	生
患者様住所					
電話番号: 自宅 - - 携帯 - -					
大隈病院受診歴 有 (患者番号) ・ 無					
保険証	保険者名称				本人 ・ 家族
	保険者番号				
	記号・番号				
公費	公費番号		受給者番号		
ご紹介いただく患者様の情報についてご記入ください。					
<input type="checkbox"/> 外来診察 <input type="checkbox"/> 精密検査 <input type="checkbox"/> 入院 (緊急性あり ・ なし) <input type="checkbox"/> その他 ()					

患者様ご来院時には「診療情報提供書」「保険証」「受給者証」等を必ずお持ちください。

電話 052-991-2128 (直通)
052-991-2111 (代表)