長吉総合病院 　ＦＡＸ：06-6707-8410

申込日 年 月 日

リウマチ内科　診療予約申込書

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

貴医療機関名

ご住所

貴医師名

電話番号

Ｆ Ａ Ｘ

●受診を希望される希望日のご記入をお願いします。

第1希望日　（　　　　　　　　　　　）　　第2希望日　（　　　　　　　　　　　）

●ご紹介頂きます患者様についてご記入をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 　 | 性　別 |
| 患者氏名 | 　 | 　 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 大正　・　昭和　・　平成　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　日 |
| 住　　所 | 　 |
| 　 |
| 電　　話 |  | 携帯電話 |  |
| 保　　険 | □国保　 □前期　□後期　 □社保　 □生保 |
| ＡＤＬ | □　独歩　□　車イス　□　ストレッチャー |

※ご記入の上、診療情報提供書と共にＦＡＸして頂きますようお願い致します。

予約の通知は数日かかりますのでご了承ください。

予約日が希望日に合わない場合、希望日に近いお日にちで予約をお取りさせて頂きます。

長吉総合病院　地域連携室　 ＴＥＬ：06-6709-0301(代)　 ＦＡＸ：06-6707-8410