

大室整形外科脊椎・関節クリニック 地域連携紹介 FAX申込書

貴院情報	医療機関名																									
	医師名																									
	所在地	〒 [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																								
	電話番号	[ ] [ ]	FAX番号	[ ] [ ]																						

予約情報	希望医師を○で囲んでください	大室 智士 ・ 横山 徳一 ・ 関本 善啓 ・ 日根野 翔 ・ 岡本 幸大 <small>※ 症状によってはご希望に添えない場合がございます ※ 担当医をごちらにお任せいただける場合は未記入にしてください</small>																								
	受診希望日	令和 年 月 日 ( ) / 午前 ・ 午後 ・ 夕方																								
	希望曜日 / 時間帯	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 / 午前 ・ 午後 ・ 夕方 希望日なし 不都合な日 / 曜日等【 】																								

患者さま情報	ふりがな																										当院受診歴
	氏名																										あり ・ なし ・ 不明
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 ( 歳)																									
	住所	〒 [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																									
	電話	[ ] [ ]	携帯電話	[ ] [ ]																							

保険情報	保険者番号	[ ] [ ]																								
	記号・番号																									
	続柄	本人 ・ 家族																								
	※追加情報あれば該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> 願います <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故																									

公費	負担者番号	[ ] [ ]																								
	受給者番号	[ ] [ ]																								
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割																								
	開始日	年 月 日																								
	終了日	年 月 日																								

**FAX : 079 (297) 1717   TEL : 079 (293) 3355**  
 受付時間 平日(月~金) 8:30~18:00 土曜日 8:30~13:00

① 本書と診療情報提供書をFAXしてください。  
 ② 当院へFAX後 用紙到着確認の為、電話連絡もお願い致します。  
 ③ 予約調整後に予約通知書を貴院へFAX致します。患者様にお渡しく下さい。

当院使用欄	患者ID：	初診・再初診																								
	予約Dr：大・横・関・日・岡	予約日時： 年 月 日 時 分																								