記入日：令和　　年　　月　　日

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	希望医師に〇を	中野 恵介 ・ 大室 智士 ・ 川口 慎治 ・ 横山 徳一 ・ 関本 善啓
	※症状によってはご希望に添えない場合がございます ※担当医をこちらにお任せいただける場合は未記入にしてください	
	受診希望日	令和　　年　　月　　日（　　）　/　午前診 ・ 午後診 ・ 夕診
	希望曜日/時間帯	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金　/　午前診 ・ 午後診 ・ 夕診 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	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	枝番（　　）
	続柄	本人 ・ 家族
	※追加情報あれば該当項目に☑願います	
	☐ 生活保護　☐ 労災　☐ 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	令和　　年　　月　　日
	終了日	令和　　年　　月　　日

FAX：　079（297）1717　　TEL：　079（293）3355

ＦＡＸ受付時間　平日（月～金）　8：30～17：30　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。患者様にお渡しください。

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