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	希望医師を〇で囲んでください	中野 恵介 ・ 大室 智士 ・ 川口 慎治 ・ 横山 徳一 ・ 関本 善啓 ・前川 裕継 ※ 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	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	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	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）8：30～17：30　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・前	予約日時：　　年　月　日　時　分