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○で囲んでください	大室　智士　・　横山　徳一　・　関本　善啓　・　日根野　翔 ※ 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　・　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☑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：大・横・関・日・岡　予約日時：　　年　月　日　時　分