



聖霊病院紹介患者紹介予約システム 予約申込書

医療機関名

所在地

担当医ご氏名

電話番号

FAX番号

ふりがな 患者様氏名	当院ID <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	ID	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者様住所	〒 -	
患者様電話番号	() -	緊急連絡先 () -

保険証番号	被保険者証記号・番号
被保険者証名	
有効期限	年 月 日～ 年 月 日まで (資格取得日 年 月 日)

公費負担医療受給されている場合はご記入下さい。

公費負担者番号	受給者番号
有効期限	年 月 日～ 年 月 日まで 備考

※保険証につきましては、コピーを添付して頂ければ、ご記入いただくなくても結構です。

受診診療科 (ご希望の診療科に○をつけて下さい。)	①内科・②小児科・③外科・④脳神経外科・⑤整形外科・⑥皮膚科	
	⑦泌尿器科・⑧産婦人科・⑨眼科・⑩耳鼻咽喉科・⑪歯科口腔外科	
ご希望診療日	第1希望日	平成 年 月 日 () 時頃
	第2希望日	平成 年 月 日 () 時頃
希望医師	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	医師名 _____
専門領域の指定	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	_____
傷病名		
紹介目的	加療・入院・精査・その他 _____	
備考	_____ _____	

- ・ホスピス相談の外来予約は、医療福祉相談室にて承ります。
- ・紹介状は、お手数ですが事前送付下さいますようお願い申し上げます。

FAX (052)832-6735 TEL (052)832-1181(内線5316)