



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
住所
医師名
TEL
FAX

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名	(旧姓)	当院受診歴	あり ・ なし
		ID	□□ - □□□□□□ - □
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (満 才)		
住所	〒 -		
電話番号	() -	緊急連絡先	() -

保険種別 <small>(該当箇所にチェックを入れてください)</small>	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費
---	---

受診診療科 <small>(ご希望の診療科にチェックを入れてください)</small>	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア科
希望診療日	第1希望日 年 月 日 () 時頃
	第2希望日 年 月 日 () 時頃
希望医師	1. なし 2. あり ⇒ 医師名 ()
専門領域の指定	1. なし 2. あり ⇒ 専門領域 ()
傷病名	
紹介目的・主訴	<input type="checkbox"/> 別紙 診療情報提供書参照
備考	

※ 紹介状は出来上がり次第、FAXにてご送信下さい

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