

診察予約申込書兼診療情報提供書

☐ 電話予約☐ web予約

紹介先 愛仁会 高槻病院

年 月 日

〒569-1192 高槻市古曽部町1-3-13

TEL 072(681)3832 FAX 072(681)3831

※宛先の医師が不明の場合は科名のみご記入ください

科

先生

受診希望日 年 月 日 () 午前・午後

紹介元

医療機関名

医師名

印

電 話

※ 下記の方の診察をよろしくお願い致します。

フリガナ		男 女	生年月日	明・大・昭・平・令	
患者氏名				年 月 日 (歳)	
住 所	〒				
電話番号	() ー		記号		
保険者番号	(本人・家族)		番号		
公費負担番号			老人一部負担金割合	老人一部負担金免除	
公費負担受給者番号			1割 ・ 2割	あり ・ なし	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療 (入院希望 有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他				
傷病名	(薬物アレルギー 有 無)				
病状の経過 紹介目的					
現在の処方等					

※ FAXを御使用でない場合は、電話等で御連絡下さい。
(必ず、この情報提供書を御本人様にお渡し下さい。)