

岡南病院 紹介患者予約申込書

FAX 0863-21-3547

科 医師	申込年月日 年 月 日 紹介元医療機関名 所在地 TEL () - FAX () - 医師氏名		
診察希望日	平成 年 月 日		
患者情報	フリガナ 患者氏名		明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) 男・女
	住 所		TEL() -
	ご紹介の内容	<input type="checkbox"/> 検査・診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他	
	病 名		
	患者の状態		
	当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
保険情報	保険者番号		公費番号
	記 号		受給者番号
	番 号		
		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	

上記にご記入のうえ、前日 17 時までに FAX していただけますようお願いいたします。
 できる限り速やかに FAX 又は電話で、ご返事いたします。
 入院予約の場合は、事前に直接電話していただき、担当からベッドの確保について電話
 連絡いたしますので、その後 FAX してください。

岡南病院

代表電話 0863-32-1122