

# 診療予約申込書 (FAX用)

## 紹介元医療機関名

医師名 \_\_\_\_\_ (印) TEL \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

●受診希望日 第1希望 月 日 ( ) 曜 **備**  
 第2希望 月 日 ( ) 曜 **考**

必須 患 者 情 報	フリガナ	性別	男 ・ 女
	患者氏名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
	〒 - 住所		
	TEL	富田林病院受診歴	
	保険情報	健康保険 ・ 生活保護 ・ 交通事故 (本人 ・ 保険会社 ) ・ 労災	
	後期高齢指導料算定	あり ・ なし	<input type="checkbox"/> 24時間連携在宅患者

## 診療情報提供書

必須 診 療 情 報 欄	<input type="checkbox"/> 診察 ( 科 先生) <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 検査		
	傷病名及び主訴		
	紹介目的		
	紹介目的及び治療経過・現在の処方		