


診療予約申込書 (FAX 送信用)

FAX : 084-999-1333

年 月 日

 医療法人辰川会 山陽病院
地域連携室 行

ご紹介元医療機関名・ご住所
診療科及び医師名
科
ご担当名 ()
電話番号 () -
FAX 番号 () -

■ ご予約される診療科等

診療科	科	医師 (医師名省略可)
専門外来	シャント外来	・ 物忘れ外来 ・ 相談外来
希望日時	<input type="checkbox"/> 第 1 希望	年 月 日 (曜)
	<input type="checkbox"/> 第 2 希望	年 月 日 (曜)
	<input type="checkbox"/> 希望なし	
傷病名・主訴		
紹介目的	入院・検査・手術・転医・その他 ()	

■ 患者様の情報

フリガナ	生年月日
氏名	明・大・昭・平・令・西暦
(男・女)	年 月 日生 (歳)
住所 〒 -	
電話番号 () -	当院受診歴 有 ・ 無 ・ 不明

■ 患者様の保険情報 (可能な範囲でご記入下さい)

保険者番号	記号・番号
有効期限	負担割合 割
被保険者名	続柄 本人 ・ 家族
公費負担者番号	受給者番号

医療法人辰川会 山陽病院
電話:084-923-1133(代表)