

矢木脳神経外科病院 医療連携課専用 FAX:06(6978)2338
診療用 診療情報提供書 (FAX紹介予約申し込み書)

平成 年 月 日

〒 537-0011 大阪市東成区東今里2-12-13
医療法人弘善会 矢木脳神経外科病院

医療連携課 行
TEL 06-6978-2337(直)
FAX 06-6978-2338(直)

[紹介元医療機関]	
名称・所在地	
医師名	印
TEL	
FAX	

紹介先 医師

<input type="checkbox"/> 指定なし	<input type="checkbox"/> 指定あり 医師名
-------------------------------	-----------------------------------

検査希望日

<input type="checkbox"/> いつでも可能	<input type="checkbox"/> 希望あり	※ 指定医がある場合は、診療担当日程にしたがって予約いたしますので、ご希望の日時に添えない場合があります。
第一希望	: 平成 年 月 日()	
第二希望	: 平成 年 月 日()	

フリガナ

患者氏名 男・女 M T S H 年 月 日生(満 歳)

住 所 TEL ()

保 険	<input type="checkbox"/> 社 保	<input type="checkbox"/> 国 保	<input type="checkbox"/> 公費負担																								
	<input type="checkbox"/> 本 人	<input type="checkbox"/> 家 族	負担割合 () 割)																								
	記号: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									番号: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
<input type="checkbox"/> 交通事故	(一括請求 有・無 保険会社名 連絡先)																										
<input type="checkbox"/> 労災	※当日 現認書をご持参ください <input type="checkbox"/> 生活保護 (担当CW名)																										

※保険情報は、保険証の写しを送信いただければ、記載の必要はありません。

①傷病名 ②紹介目的 ③既往歴/家族歴 ④症状経過・治療経過・検査結果等 ⑤処方

備考 ・受付時間 平日 8:45~19:00 土曜日 8:45~17:00 左記以外は、翌日又は休日明けにご返事いたします。
・必要がある場合は別紙に記載して添付してください
・予約FAXの送信は予約希望前日(日・祝をはさむ場合はその前日)までの19:00(土は17:00)までをお願いいたします。