

紹介・予約申込書

年 月 日

たかの橋中央病院 患者支援センター 行

予約 FAX 082-504-9828

TEL 082-504-9827 (直通電話)

TEL 082-242-1515 (代表電話)

当院受診歴	有 無
ID:	※○で囲んでください。

【紹介元医療機関】	
所在地	
医療機関名	
医師名	
電話番号	
FAX 番号	

※当日受診の場合は、直接診療科へご連絡をお願いいたします。

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者氏名		男・女	(M・T・S・H) 年 月 日
住 所			
電話番号	①	②	

※9時～18時でつながる連絡先のご記入をお願いいたします。

保険者番号							
記 号							
番 号							
資格取得日	年	月	日				
有効期限	年	月	日				
被保険者名							

公費番号①							
受給者番号							
公費番号②							
受給者番号							

診療科	希望診療科	科
担当医師	<input type="checkbox"/> 希望医師 医師の了解 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未
診察希望日	第1希望： 月 日 () 午前・午後 第2希望： 月 日 () 午前・午後 <input type="checkbox"/> いつでもよい	
傷病名		持参物 <input type="checkbox"/> CD-R・ <input type="checkbox"/> X-P・ <input type="checkbox"/> その他()
紹介目的		<input type="checkbox"/> 患者入院中

当院記入欄	カルテ登録	予約登録	患者連絡	病院連絡