

予約申し込み書

FAX送信用 ①

平成 年 月 日

暁生会脳神経外科病院

紹介元医療機関の所在地

科

名称

先生

住所 〒

TEL

FAX

医師名

印

フリガナ		住所 〒	
患者氏名		TEL	
生年月日	M・T・S・H	年	月
		日生 (歳)	男・女

主訴および傷病名

紹介目的 (精査・診察・転医・手術・リハビリ・その他)

検査依頼 にチェックし、ご希望の部位・CT・MRIに√印をお付けください。

頭部 胸部 腹部 整形領域 撮影部位 ()

C T (造影 有・無)

MRI (造影 有・無)

MRA (造影 有・無)

その他の検査依頼

以下の項目を記入の際には、この用紙①を切り離して下さい。

受診希望日 平成 年 月 日 ()

保険情報 (保険情報は、保険証のコピーでも可)

<備考>

■被保険者証		■第1 公費負担医療受給者票	
保険者番号		負担者番号	
記号	番号	受給者番号	
資格取得日		有効期限	~
有効期限	~	■第2 公費負担医療受給者票	
被保険者との続柄		負担者番号	
		受給者番号	
		有効期限	~

<諸法関係>

労災(公災)、医療保護(福祉事務所名)

交通事故・その他()

※交通事故での保険会社請求は取扱っておりません。(詳細は担当者にご相談ください)

地域連携相談室/受付時間  社会医療法人 信愛会 暁生会 脳神経外科病院 〒575-8511 四條畷市中野本町28-1

《受付》 平日 午前9時~17時 土曜日 午前9時~12時

《休診日》 日曜・祝日、年末年始(12月30日(午前9時~12時)~1月3日)

■ご不明な点がございましたら、地域連携相談室までお問い合わせください。

《地域連携相談室》 電話 072-877-7912 FAX 072-877-7915

暖生会脳神経外科病院

紹介元医療機関の所在地

科

名称

先生

住所 〒

TEL — —

FAX — —

医師名

印

フリガナ		住所 〒
患者氏名		TEL
生年月日	M・T・S・H 年 月 日生 (歳)	男・女

主訴および傷病名

紹介目的 (精査・診察・転医・手術・リハビリ・その他)

検査依頼 にチェックし、ご希望の部位・CT・MRIに√印をお付けください。

頭部 胸部 腹部 整形領域 撮影部位()

C T (造影 有・無)

MRI (造影 有・無)

MRA (造影 有・無)

その他の検査依頼

現病歴および現症

検査所見

治療経過等

現在の処方

備考 1.宛先の医師名が不明の場合は、科のみご記入ください。 2.必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。