

ベリタス病院整形外科外来診療予約申込書

※診療情報提供書とこの用紙をFAX(072-793-0900)してください。

※保険証、診療情報提供書は必ず患者様来院時にお持ちください。

依頼元 医療機関名

医師名

TEL

FAX

患者情報	フリガナ	ベリタス病院来院歴	無	有
	氏名	様(男性・女性)	生年月日	年 月 日
	住所	〒		
	TEL			

希望医師

希望予約日

備考

紹介目的	精査・診断	治療	入院	手術	その他
------	-------	----	----	----	-----

※当日の診察依頼は、事前に地域医療連携室へお電話をお願いいたします

来院方法	自家用車	介護タクシー	救急車	その他
------	------	--------	-----	-----

患者状態	独歩	車椅子	ストレッチャ	その他
------	----	-----	--------	-----

主訴・病名等

※詳細は診療情報提供書に記入してください。(必ず事前にFAXしてください)

※平日午後17時以降、土曜午後13時以降のお申し込みは翌業務日にお返事いたします

医療法人晋真会 ベリタス病院 Tel:072-793-7890(代) Fax:072-793-0900(地域連携室)