

ベリタス病院診療予約申込書

※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

※整形外科の診察予約は専用の申込書をご使用ください

受診科目	内科	循環器科	外科	化学療法	小児科	脳神経外科	脊椎外来	神経内科	産婦人科
------	----	------	----	------	-----	-------	------	------	------

→産婦人科は元予約制です。
 予約専用電話072-793-7813(平日14時~16時半)
 上記時間帯以外は代表電話より地域医療連携室をお呼出ください。
 FAXでお申込の場合は、お返事までお時間を頂く場合があります

主訴・病名等

詳細は診療情報提供書に記入してください。

※平日20時以降・土曜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)