**診療情報提供書**平成　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| (予約申込書)はりま病院　　整形外科　岡田　先生紹介元　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**TEL　　　　－　　　　－**医療機関医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　**FAX　　　　－　　　　－** |
| フリガナ |  | 男・女 | 明・大・昭・平　年　　月　　日生　　　　（　　　歳） | 受診歴有・無 |
| 紹介患者氏名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　- |
| 電話番号 | 自宅　　　　－　　　　－　　　　 携帯　　　　－　　　　－　　　　 |
| 患者様予約回答待ち状況 | □　ご紹介元医療機関にて外来待機中□　ご紹介元医療機関にて入院中□　帰宅され、はりま病院より連絡待ち□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受診希望日 | 第1希望(　 月　 日　 時　 分)第2希望(　 月　 日　 時　 分)第3希望(　 月　 日　 時　 分) |
| 診断名 |  |
| 主訴 |  |
| 紹介目的 |  |
| アレルギー等 |  |
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人家族 | 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号 |  | 番号 |  | 公費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有　効　期　限 | 平成　　　年　　　　月　　　日 | 有　効　期　限 | 平成　　　年　　　　月　　　日 |
|  | 公費負担割合 | 　　　　　割 |
| その他の連絡事項 |
|  |
|  |

**はりま病院　予約センター　　　　　ＦＡＸ　０７８－９４２－５８１５**

**ＴＥＬ　０７８－９４２－５４８９**