**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**