

石切生喜病院 放射線治療・診察 予約依頼書

放射線治療 科 医師

紹介元医療機関の名称・所在地

(注) 必ずご記入ください。

医療機関名：

医師名：

所在地：

TEL:

FAX:

診察日： ① 月 日 () :
② 月 日 () :

依頼項目：
・放射線治療診察
・セカンドオピニオン ・その他

病名：

治療部位： 告知： ・有 ・無

治療開始希望日： ・ 月 日 ・早急に ・特に希望なし

抗癌剤併用の有無： ・有 ・無

移動一般状態： ・歩行可能 ・車椅子 ・担送

外来治療の可否： ・可 ・否

本予約依頼書に、可能な限り御記入いただき、貴院か

●患者基本情報 (当院受診歴ある場合、IDも記載して下さい) ID:

| | |
|------------|------------------|
| フリガナ | 生年月日 |
| 患者氏名 様 男・女 | M・T 年 月 日 S・H |
| 住所 〒 | TEL |

●保険情報 (保険情報は、ご記入いただくか、保険証等をFAXして下さい。)

被保険者証

| | | | |
|---------|----------|----------|------|
| 保険者番号 | 保険者・事業所名 | | |
| 記号・番号 | 資格取得日 | 被保険者との続柄 | 本人家族 |
| 被保険者 氏名 | 負担割合 | 有効期限 | |

公費受給者票

| | | | |
|-------|------|-------|------|
| 負担者番号 | 有効期限 | 負担者番号 | 有効期限 |
| 受給者番号 | 負担割合 | 受給者番号 | 負担割合 |

※患者様に紹介状・検査データ・画像等と予約票をお渡しください。

診察日には初診の手続き後に、地域医療連携室へ御案内をいたします。

石切生喜病院 地域医療連携室
直通 TEL : 072-988-3284
直通 FAX : 072-988-3624

予約受付時間 (祝日は除く)
月～金 9:00～19:30
土 9:00～12:00

|

)