

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

|

)