

紹介・予約申込書

年 月 日

たかの橋中央病院 地域連携部 行

予約 FAX 082-504-9828

TEL 082-504-9827 (直通電話)

TEL 082-242-1515 (代表電話)

当院受診歴	有 無
ID :	※○で囲んでください。

【紹介元医療機関】
所在地
医療機関名
医師名
電話番号
FAX 番号

※当日受診の場合は、直接診療科へご連絡をお願いいたします。

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者氏名		男・女	(M・T・S・H) 年 月 日
住 所			
電話番号	① ②		

※9時～18時でつながる連絡先のご記入をお願いいたします。

保険者番号																	
記 号																	
番 号																	
資格取得日	年		月		日												
有効期限	年		月		日												
被保険者名																	

公費番号①																	
受給者番号																	
公費番号②																	
受給者番号																	

診療科	希望診療科 科		
担当医師	☐ 希望医師 医師 ☐ なし 医師の了解 ☐ 済 ☐ 未		
診察希望日	第1希望： 月 日 () 午前・午後 第2希望： 月 日 () 午前・午後 ☐ いつでもよい		
傷病名		持参物 ☐ CD-R・ ☐ X-P・ ☐ その他()	
紹介目的		☐ 患者入院中	

当院記入欄	カルテ登録	予約登録	患者連絡	病院連絡