

予約診療申込書 兼 診療情報提供書

年 月 日

置戸赤十字病院

FAX : 0157-52-3324

受診希望日 (あり・なし)

第1希望日	月	日
第2希望日	月	日

※診察時間は11:30~12:00

【ご紹介元】

住 所		
医療機関名		
医 師 名		
TEL	-	-
FAX	-	-
【担当者:	】	

フリガナ		性 別	住所 〒 -
患者氏名	様	男・女	
生年月日	年 月 日 () 歳	電話	- -
保険者番号		入外区分	入院中・外来通院中
記号・番号		ADL	歩行・車いす・ストレッチャー
被保険者との続柄	本人 ・ 家族	画像持参	あり ・ なし

□別紙参照

傷病名	
紹介目的	
既往歴 病状経過 治療経過 現在の処方等	
要望 留意事項等	