

弘善会 矢木脳神経外科病院 医療連携室専用 FAX:06(6978)2338
診療用 診療情報提供書 (FAX紹介予約申し込み書)

年 月 日

〒 537-0011 大阪市東成区東今里2-12-13
 医療法人弘善会 弘善会 矢木脳神経外科病院

医療連携室 行
 TEL 06-6978-2337(直)
 FAX **06-6978-2338(直)**

[紹介元医療機関]	
名称・所在地	
医師名	印
TEL	
FAX	

紹介先 医師

指定なし 指定あり 医師名 _____

診察希望日

いつでも可能 希望あり

第一希望 : 年 月 日()

第二希望 : 年 月 日()

※ 指定医がある場合は、診療担当日程にしたがって予約いたしますので、ご希望の日時に添えない場合があります。

フリガナ

患者氏名 男・女 M T S H 年 月 日生(満 歳)

住 所 TEL ()

保 険 社 保 国 保 公費負担

本人 家族 負担割合 (割)

記号:	番号:								

交通事故 (一括請求 有・無 保険会社名 連絡先)

労災 ※当日 現認書をご持参ください 生活保護 (担当CW名)

※保険情報は、保険証の写しを送信いただければ、記載の必要はありません。

①傷病名 ②紹介目的 ③既往歴/家族歴 ④症状経過・治療経過・検査結果等 ⑤処方

備 考 ・受付時間 平日 8:45~19:00 土曜日 8:45~17:00 左記以外は、翌日又は休日明けにご返事いたします。
 ・必要がある場合は別紙に記載して添付してください
 ・予約FAXの送信は予約希望前日(日・祝をはさむ場合はその前日)までの19:00(土は17:00)までをお願いいたします。