

リウマチ・膠原病外来診療依頼書

診察予約申込書

紹介元医療機関	
担当医	
TEL	
FAX	
診察希望日時	① 年 月 日 () 午後 時 分
	② 年 月 日 () 午後 時 分
紹介目的	

※事前に診療情報提供書のFAXをお願いします。

☆事前に診察録の準備をさせていただきますので、保険情報をお願いします。

(フリガナ)			
患者氏名 _____			
生年月日	(S・H)	年 月 日	(歳) 男・女
患者住所〒	-		
TEL	()	携帯	()
被保険者名		資格取得日	
保険者番号		公費番号①	-----
記号		公費有効期限	
番号		公費番号②	-----
一部負担金の割合	割	公費有効期限	

お問い合わせ先 医療法人恭昭会彦根中央病院 内科外来

ご不明な点等ございましたら必ず下記連絡先までお願いします。

受付時間 8:30~16:30(休診日:水曜日、木曜日、祝日)

TEL:0749-23-1211 (代表)

TEL:0749-27-6507 (内科外来直通)