

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

T E L

F A X

診察希望日

① 年 月 日

② 年 月 日

紹介目的

※事前に診療情報提供書のFAXをお願いします。
※予約の枠は土曜日の14:00~16:00となります。

☆事前に診療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 〒 -

T E L () 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)